

Análisis comparativo de cuatro informes de gestión del plan operativo años 2012, 2013, 2014 y 2015, en una Empresa Social del Estado en el municipio Santiago de Cali, orientado a mejorar la ocupación de servicios de salud de baja complejidad para el año 2017

Giovanna Escoussac Córdoba

Martha Ligia Umaña Giraldo

Universidad del Valle

Facultad de Ciencias de la Administración

Programa académico de maestría en Administración de Empresas

Santiago de Cali

2017

Análisis comparativo de cuatro informes de gestión del plan operativo años 2012, 2013, 2014 y 2015, en una Empresa Social del Estado en el municipio Santiago de Cali, orientado a mejorar la ocupación de servicios de salud de baja complejidad para el año 2017

Giovanna Escoussac Córdoba

Martha Ligia Umaña Giraldo

Trabajo de Grado para optar al Título de Magister en Administración de Empresas – Convenio

ACRIP

Director

Manuel Salvador Williams

Magíster en Políticas Públicas

Universidad del Valle

Facultad de Ciencias de la Administración

Programa académico de maestría en Administración de Empresas

Santiago de Cali

2017

NOTA DE ACEPTACIÓN

El presente Trabajo de Grado fue aprobado por la Directora del Programa Académico de Administración de Empresas, el Director del Trabajo de Grado y el Jurado Evaluador.

Profesor (a)

Director (a) Programa Académico

Profesor
Manuel Salvador Williams
Director Trabajo de Grado

Evaluador

Evaluador

Santiago de Cali, Septiembre de 2017.

A Dios por estar presente en mi vida

A mí hijo mi inspiración

Mi hermana mi impulso

A María Piedad por su confianza y aprecio

A Giovanna por su acompañamiento

A mi hija, María Paulina Pérez Escoussac, Te amo Hija.

A Mauricio Pérez por su apoyo incondicional

A Martica por su compromiso

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A Dios

Profesor Manuel Salvador Williams

Red de Salud Norte ESE

Tabla de contenido

RESUMEN EJECUTIVO	12
INTRODUCCIÓN	13
CAPITULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
Descripción del Problema.....	15
Elementos del Problema	16
Formulación del Problema.....	16
Justificación	18
Objetivos del Modelo	19
Objetivo General.	19
Objetivos Específicos:.....	19
CAPITULO 2. MARCO REFERENCIAL Y TEÓRICO	21
Marco Referencial	21
Identificación y Descripción de las comunas que conforman La Red de Salud Norte E.S.E.	21
Comunas que componen La Red de Salud Norte E.S.E. objeto de este estudio.....	22
Barrios que conforman las comunas 2, 4, 5, 6 Y 7 y componen La Red de Salud Norte E.S.E.....	23
Marco Teórico	24
Estado del arte sobre el origen de las Empresas Sociales del Estado en Colombia.....	24
Descripción General de las Empresas Sociales del Estado en Colombia.	29
Conceptos generales sobre las Empresas Sociales del Estado.	31
Marco Normativo en las Empresas Sociales del Estado en Colombia ²	33
Marco Normativo para Las Empresas Sociales del Estado en el Valle del Cauca.	34
Enfoque teórico del análisis del entorno externo e interno de las empresas	36
Enfoque teórico análisis del entorno externo de la empresa.....	36

Enfoque teórico análisis del entorno Interno de la empresa.	38
Análisis del entorno interno según Michael E. Porter.	39
Análisis interno del programa de Promoción y Prevención	44
CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO	61
Método.....	61
Instrumentos de medición.	61
La observación directa.....	63
Alcance de la investigación.....	65
Análisis Cuantitativo	65
Análisis cuantitativo de las líneas estratégicas de los planes de gestión 2012, 2013, 2014 y 2015.....	65
Primera línea estratégica: Fortalecimiento de servicios cálidos y eficientes.....	67
Segunda línea estratégica: Intersectorialidad.....	74
Tercera línea estratégica: Modernización de la Gestión.....	75
Cuarta línea estratégica: Sostenibilidad Administrativa y Financiera.	79
Tabla 6. Cuarta línea estratégica: Sostenibilidad Administrativa y Financiera	79
Quinta línea estratégica: Orientación al Usuario.	80
Tabla 7. Quinta línea estratégica: Orientación al Usuario	80
CAPITULO 4. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL ENTORNO EXTERNO E INTERNO DE LA RED DE SALUD NORTE E.S.E.....	81
Resultados análisis del entorno externo de la Red de Salud Norte E.S.E.	81
Descripción de las comunas que compone la Red de Salud Norte objeto de estudio.....	81
Comuna 2.....	81
Comuna 4.....	83
Comuna 5.....	84

Comuna 6.....	86
Comuna 7.....	89
Distribución de los servicios de salud prestados en la Red de Salud Norte, año 2012.....	93
Análisis del entorno interno de la Red de Salud Norte E.S.E.	94
Valores:	94
Misión:	95
Visión:	95
Objetivo general:	95
Objetivos estratégicos:	95
Resultados de la observación directa de la Red de Salud Norte E.S.E.....	97
Resultados del análisis cualitativos de las líneas estratégicas de los planes de gestión 2012, 2013, 2014 y 2015	100
Análisis cualitativo de la primera línea estratégica denominada Fortalecimiento de servicios cálidos y eficientes de los planes de gestión 2012, 2013, 2014 y 2015.	101
Análisis cualitativo de la segunda línea estratégica denominada Intersectorialidad de los planes de gestión 2012, 2013, 2014 y 2015.	107
Análisis cualitativo de la tercera línea estratégica de Modernización de la Gestión de los planes de gestión 2012, 2013, 2014 y 2015.	109
Análisis cualitativo de la cuarta línea estratégica de Sostenibilidad Administrativa y Financiera de los planes de gestión 2012, 2013, 2014 y 2015.	111
Análisis cualitativo de la quinta línea estratégica de Orientación al Usuario de los planes de gestión 2012, 2013, 2014 y 2015.	112
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE RESULTADOS	115
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	119

Lista de tablas

Tabla 1. Barrios que conforman las comunas 2, 4, 5, 6 y 7 y componen la Red de Salud Norte ESE	23
Tabla 2. Instituciones prestadoras del servicio que conforman la Red de Salud Norte E.S.E. de la ciudad de Cali	24
Tabla 3. Primera línea estratégica: fortalecimiento de servicios cálidos y eficientes.....	67
Tabla 4. Segunda línea estratégica: Intersectorialidad.....	74
Tabla 5. Tercera línea estratégica: Modernización de la Gestión	75
Tabla 6. Cuarta línea estratégica: Sostenibilidad Administrativa y Financiera	79
Tabla 7. Quinta línea estratégica: Orientación al Usuario	80
Tabla 8. Cantidad de consultorios y Especialistas Médicos que atienden en la Red de Salud del Norte. Comunas 2, 4, 5, 6 y 7	93

Lista de figuras

Figura 1. Mapa de Santiago de Cali por E.S.E.S.	21
Figura 2. Comunas que componen la Red de Salud Norte E.S.E.	22
Figura 3. Elementos Pronósticos <i>Dess Gregory</i>	37
Figura 4. Cadena de valor – Porter	41
Figura 5. Infraestructura de los servicios	106

Lista de gráficos

Gráfico 1. Distribución según el tipo de vinculación en Colombia.....	31
Gráfico 2. Distribución de población por comunas Red de Salud Norte E.S.E.....	82
Gráfico 3. Tasa de asistencia educativa en la comuna 6.....	88
Gráfico 4. Actividad de la población de la comuna 6 por barrios TIOS	89
Gráfico 5. Tasa de cobertura en salud por cada 1000 habitantes comuna 7	90
Gráfico 6. Actividad económica de la población de la comuna 7 por barrios TIOS	93
Gráfico 7. Líneas Estratégicas Plan de Gestión 2012-2016.....	97
Gráfico 8. Indicadores comparativos de la línea de Fortalecimiento de servicios.....	101
Gráfico 9. Indicadores comparativos línea de Fortalecimiento de servicios	105
Gráfico 10. Indicadores comparativos línea de fortalecimiento de servicios	107
Gráfico 11. Indicadores comparativos línea de Fortalecimiento de Servicios.....	114

RESUMEN EJECUTIVO

Se escogió la Red de Salud Norte E.S.E., como objeto de estudio para realizar un análisis comparativo de cuatro informes de gestión del Plan Operativo años 2012, 2013 y 2014 y 2015, con el objetivo de generar propuestas que contribuyan a mejorar la ocupación de los servicios de baja complejidad para el año 2017, por lo cual se ha realizado una revisión del entorno externo e interno donde se desenvuelve la Empresa, teniendo como base la misión, visión y las líneas estratégicas entre otros espacios en los que opera la Red de Salud Norte E.S.E., a fin que permitiera a las autoras de la investigación una ubicación clara para el cumplimiento de los objetivos trazados, a través de un marco metodológico definido previamente y la elaboración de unas conclusiones y recomendaciones que puedan aportar a la Empresa en algunas estrategias para mejorar la ocupación de sus servicios de baja complejidad.

INTRODUCCIÓN

La RED DE SALUD NORTE E.S.E. del Municipio de Santiago de Cali es una entidad pública descentralizada de orden municipal, con personería jurídica, autonomía administrativa y con patrimonio independiente, la cual se constituyó como resultado del proceso de descentralización de servicios de la Secretaría de Salud Pública Municipal bajo el Acuerdo 106 del 29 diciembre 2003.

El objetivo de la Red de Salud Norte E.S.E., es la prestación de servicios públicos de seguridad social, los cuales contribuyen al mejoramiento del estado de salud de la población en sus áreas de influencia; mediante el ofrecimiento de programas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 0000710 del 30 de Marzo del 2012, la RED DE SALUD NORTE E.S.E., presentó un Plan de Gestión Institucional comprendido entre el periodo de Abril del 2012 a Marzo del 2016, el cual no solo responde a la normatividad, sino también presenta estrategias orientadas al mejoramiento continuo de la institución, garantizando la sostenibilidad, la eficacia a nivel operativo, administrativo y financiero durante el periodo 2012 al 2016.

En el presente trabajo se realizó un análisis comparativo de los cuatro Informes de gestión de los planes operativos de los años 2012, 2013, 2014 y 2015, publicados por la RED DE SALUD NORTE E.S.E., teniendo la definición de un objetivo general y unos específicos detallados en un aparte del presente trabajo .

Una vez se desarrollaron los objetivos, se emitieron una serie recomendaciones orientadas a mejorar la ocupación de los servicios de salud de baja complejidad en el año 2017 en la RED DE SALUD NORTE E.S.E.

CAPITULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción del Problema

La Red de Salud Norte E.S.E., como ente descentralizado y autónomo debe mantener la constante de un equilibrio financiero y administrativo a través de la venta de servicios salud, por lo cual se ha definido como el objeto del presente estudio, efectuar un análisis comparativo de cuatro informes de gestión del Plan Operativo años 2012, 2013 y 2014 y 2015, elaborados por el comité administrativo de la Red de Salud Norte E.S.E., dicho análisis enmarcado dentro de un ámbito cualitativo y cuantitativo está orientado para formular una serie de propuestas y conclusiones que contribuyan al mejoramiento de la prestación de servicios y ocupación de los servicios de salud de la Red de Salud Norte E.S.E., por lo cual se ha realizado una revisión del entorno externo en la cual se moviliza la Empresa, incluye un análisis demográfico de las comunas 2, 4, 5, 6 y 7, lugares en donde tienen influencia la Red de la Salud Norte E.S.E.. De igual manera se hace una mirada del entorno interno, teniendo como base la misión, visión y las líneas estratégicas entre otros marcos en las que opera la Empresa, a fin que permita a las autoras de la investigación una ubicación clara para el cumplimiento de los objetivos trazados, a través de un marco metodológico definido previamente y la definición de unas conclusiones y propuestas que puedan aportar a la Empresa objeto de estudio algunas estrategias para mejorar la ocupación de sus servicios de baja complejidad.

Elementos del Problema

Los elementos de dicho problema son los cuatro planes operativos de los años 2012, 2013 y 2014 y 2015, elaborados por el Comité Administrativo de la Red de Salud Norte E.S.E. y las comunas 2, 4, 5, 6 y 7, las cuales son las zonas en donde tienen influencia directa la entidad, con el objetivo de realizar una comparación cualitativa y cuantitativa de dichos planes operativos y finalmente formular una serie de conclusiones y propuestas que contribuyan al mejoramiento de la prestación de servicios y ocupación de los servicios de salud de la Red de Salud Norte E.S.E.

Formulación del Problema

A partir del Acuerdo 106 del 29 de diciembre de 2003, se realiza el proceso de descentralización de servicios públicos de la Secretaria de Salud Municipal de Santiago de Cali, Valle del Cauca, en el cual fueron creadas cinco (5) entidades para la atención en salud básica primaria en el municipio de Cali, denominadas Empresas Sociales del Estado ESE, ubicadas en zonas de influencia del nororiente, oriente, suroriente, centro y zona de ladera.

Las Empresas Sociales del Estado, funcionan como entidades públicas, descentralizadas, con personería jurídica, recursos propios y con un manejo administrativo independiente, esta última gestión tiene gran impacto por cuanto cada una de ellas tiene una asignación presupuestal, contrataciones y gestión autónoma.

El objeto de las Empresas Sociales del Estado, es la prestación de servicios de salud, como un servicio público de seguridad social, que contribuya al mejoramiento del estado de salud de la población en sus áreas de influencia; con capacidad para ofrecer servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación acorde con las

necesidades determinadas en el perfil epidemiológico y con sujeción al Plan Sectorial de Salud, al Plan de Desarrollo Municipal y a los criterios operacionales señalados para el funcionamiento de la red de servicios del Departamento del Valle del Cauca, sin perjuicio de que pueda prestar otros servicios de salud que no afecten su objeto social y que contribuyan a su desarrollo y financiación. (Red de Salud Norte ESE, 2016)

Dentro del presente trabajo de investigación para obtener el título de maestría, se tomará una de las Empresas Sociales del Estado, ubicada en la zona de influencia para la atención de las poblaciones ubicadas en el nororiente de la ciudad de Cali ubicadas en las comunas 2, 4, 5, 6 y 7. La prestación de los servicios de salud son de baja complejidad, enmarcada dentro del régimen subsidiado de salud, ofreciendo programas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, acorde a un perfil epidemiológico, apalancado en el plan de desarrollo de salud pública municipal y orientado a mejorar la salud de las comunidades.

Para el 2012, 2013, 2014 y 2015, la Red de Salud Norte E.S.E., presentó informes de gestión de los Planes Operativos, más específicamente los formulados por parte del equipo directivo, la nueva actualización y formulación de la misión, visión, valores institucionales con un nuevo direccionamiento que apunta al cumplimiento de los requisitos y una mejora continua del sistema de gestión de calidad de esta entidad.

Uno de los propósitos es la caracterización de las comunas 2, 4, 5, 6 y 7 en contexto a la utilización de los servicios de salud prestados por la Red de Salud Norte E.S.E., los cuales están planteados en los 4 (cuatro) informes de gestión y poder formular una serie de propuestas y conclusiones que contribuyan al mejoramiento de dichos servicios de salud de la Red de Salud Norte E.S.E., en sus comunas de influencia.

No obstante con el acercamiento que se realizó con el grupo directivo de esta entidad en su informe de gestión, a través del presente trabajo de investigación, se pretende realizar un análisis comparativo de los cuatro últimos años correspondiente a 2012, 2013, 2014 y 2015, con

los se pueda definir el modelo de gestión que tiene esta entidad de salud y se formulen algunas estrategias para mejorar la ocupación de los diferentes servicios que tiene a lo largo de las Diez y Siete (17) Instituciones Prestadoras de Servicios, dentro de los cuales se encuentra un hospital de baja complejidad.

Justificación

Los informes que se realizaron sobre los servicios públicos salud en los municipios de Colombia y en especial en el Valle del Cauca son en general, los escritos de gestión administrativa particular de cada una de las organizaciones y/o empresas y entidades que desarrollan actividades propias y de forma individual que dan cuenta de los aspectos socioeconómicos y medioambientales, de los usuarios de servicios de las diferentes zonas de la municipalidad, la densidad poblacional con el proceso de migración, inmigración y demás procesos sociales alrededor de cada organización para la prestación de servicios es variable.

Particularmente de la Red de Salud Norte E.S.E., existen los informes de gerencia que se elaboran para la Junta Directiva año tras año, balances contables y financieros, los estudios realizados por personal interno de la empresa en diferentes temáticas, como también los documentos oficiales con los que se rinden cuentas a entidades de control.

La presente investigación como trabajo para optar por el título de Maestría en Administración de Empresas, integró actas, los informes de gerencia, los procesos de transformación a que se ha visto abocada en el marco de los lineamientos de la Constitución de 1991 y las Leyes complementarias para la continuidad operativa de los servicios públicos de salud como la Ley 100; en especial para la región del Valle del Cauca y sus municipios por la connotación que tiene en su desarrollo.

Generalmente los informes no reflejaron los procesos y eventos cíclicos que sufren las organizaciones prestadoras de los servicios de salud por lo cual se intentó evidenciar aquí algunos de ellos que son llamativos o de interés para este estudio fundamentalmente entre el año 2012 al 2015, con lo cual se espera enunciar en parte tanto las dinámicas organizacionales estratégicas de la Red de Salud Norte E.S.E., como las humanas al interior de la organización y de los diversos factores que participan buscando la divulgación de los hallazgos en los procesos de gestión que se cumplen en el ámbito organizacional en la atención a los usuarios y académico que merecen ser llevados a la práctica real como aporte a la sociedad para prevenir catástrofes en salud que se puedan presentar para el futuro próximo.

Objetivos del Modelo

Objetivo General.

Realizar un análisis comparativo de cuatro Informes de Gestión de los planes operativos correspondiente a los años 2012, 2013, 2014 y 2015, en una Empresa Social del Estado del Municipio de Santiago de Cali, orientado formular una serie de conclusiones y propuestas para mejorar la ocupación de servicios de salud de baja complejidad en el año 2017.

Objetivos Específicos:

- Efectuar el análisis externo e interno en una Empresa Social del Estado del Municipio de Santiago de Cali entre los años 2012, 2013, 2014 y 2015.
- Revisar el impacto dado en las líneas estratégicas formuladas en los planes operativos durante el periodo de estudio.

- Analizar cualitativa y cuantitativamente los informes de gestión de los planes operativos de una Empresa Social del Estado de los años 2012, 2013, 2014 y 2015.
- Formular una serie de propuestas y conclusiones para mejorar la prestación de servicios de baja complejidad el año 2017.

CAPITULO 2. MARCO REFERENCIAL Y TEÓRICO

Marco Referencial

Identificación y Descripción de las comunas que conforman La Red de Salud Norte E.S.E.

A continuación se presenta una breve descripción de cada una de las comunas en las que tiene cobertura la atención en la Red de Salud del Norte, empresa objeto de estudio.

De igual manera se puede observar la distribución de población por comunas que conforman la Red de Salud Norte E.S.E, en este caso 2, 4, 5, 6, y 7. (Ver Figura 1).

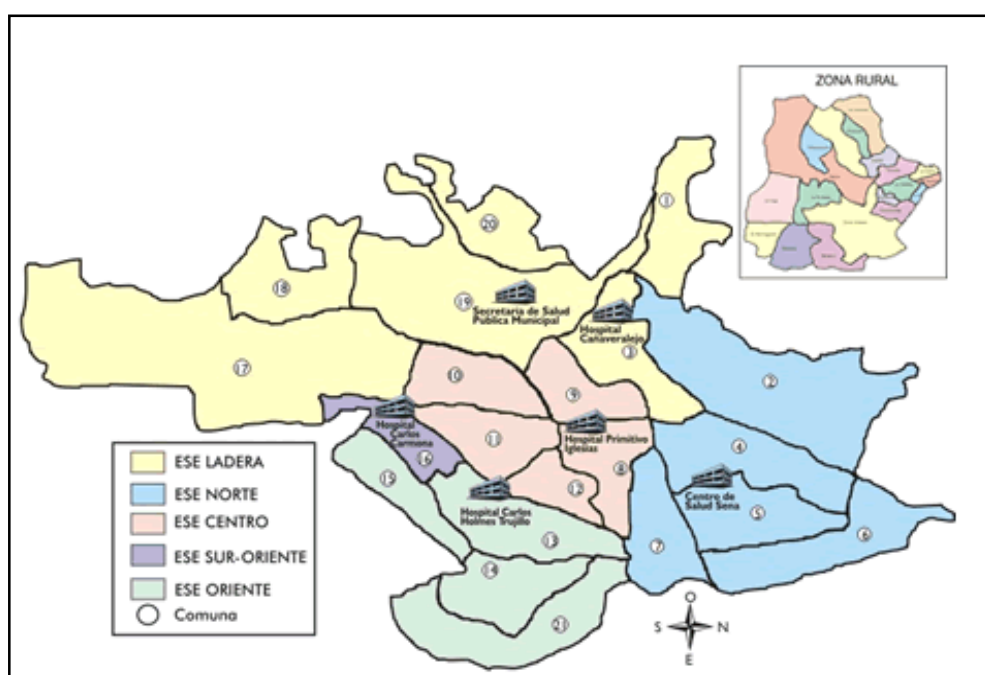


Figura 1. Mapa de Santiago de Cali por E.S.E.S.

Fuente: (Alcaldía de Santiago de Cali, 2016a)

Barrios que conforman las comunas 2, 4, 5, 6 Y 7 y componen La Red de Salud Norte E.S.E.

Tabla 1. Barrios que conforman las comunas 2, 4, 5, 6 y 7 y componen la Red de Salud Norte ESE

Comuna 2: Altos de Menga, Pacará, Chipichape, Arboledas, Sector Tres Cruces, Área Libre-Parque del Amor, Arroyohondo, Brisas de los Álamos, Centenario, Ciudad Los Álamos, Dapa, El Bosque, Versailles, Granada, Juanambú, La Campiña, La Flora, La Paz, Menga, Normandía, Pacará, Prados del Norte, San Vicente, Santa Mónica, Santa Rita, Santa Teresita, Sector Altos de Normandía, Bataclán, La Merced, Vipasa.
Comuna 4: Jorge Isaac, Santander, Porvenir, Las Delicias, Manzanares, Salomia, Fátima, Sultana, Berlín, San Francisco, Popular, Ignacio Rengifo, Guillermo Valencia, La Isla, Marco Fidel Suárez, Evaristo García, La Esmeralda, Bolivariano, Olaya Herrera, Bueno Madrid, Flora Industrial, Calima, La Alianza, Industria de Licores, Camilo Torres.
Comuna 5: El Sena, Los Cerezos, Urbanización Encinar, Los Guayacanes, Palmeras del Norte, Los Andes, La Rivera, Chiminangos etapa I y II, Metropolitano del Norte, Plazas Verdes, El Samán, Urbanización Barranquilla, Villa del Sol, Paseo de los Almendros, Villas de Veracruz, Oasis de Comfandi, Torres de Comfandi, Villa del Prado, Santa Bárbara, Brisas del Guabito, Sector Tránsito Municipal, Brisas de los Andes.
Comuna 6: San Luís I, II, Jorge Eliécer Gaitán, Sector Paso del Comercio, Comfenalco, Los Alcázares, Petecuy etapas I, II y III, Los Guadales, Ciudadela Floralia, Fonaviemcali, Farillón CVC, Calimio.
Comuna 7: Alfonso López 1ra, 2da y 3era Etapa, Los Pinos, Andrés Sanín, San Marino, Las Ceibas, Puerto Nuevo, Base Aérea, Calibella, Puerto Mallarino, Parque de la Caña, La Playita, Las Veranas, Fepicol, Siete de Agosto, Urbanización Ángel del Hogar.

Fuente: (Alcaldía de Santiago de Cali, 2016b).

En la Tabla 2, se puede apreciar la proyección de la población para las comunas 2, 4, 5, 6, y 7, las cuales conforman la población atendida por la Empresa Social del Estado.

Tabla 2. Instituciones prestadoras del servicio que conforman la Red de Salud Norte E.S.E. de la ciudad de Cali

Institución	Codunico	Barrio	Dirección
Centro Hospital Joaquín Paz B.	0701	Alfonso López 1 Etapa	C72 K 7A Bis
COMUNA 2			
Puesto Salud La Campiña	0215	El Bosque	A 9 C 47
COMUNA 4			
Centro Salud Porvenir	0403	Porvenir	C 31A 4B - 22
Centro Salud Popular	0412	Guillermo Valencia	K 2N 45A - 177
Puesto Salud La Isla	0413	La Isla	C 38B 8N - 40
Centro Salud Calima	0421	Calima	C 67 K 6N
COMUNA 5			
Centro Salud La Rivera	0503	Los Guayacanes	K 1G 65 - 35
COMUNA 6			
Puesto Salud San Luis I	0601	San Luis II	C 71 1A10 - 53
Puesto Salud Petecuy II	0606	Petecuy Segunda Etapa	C 74 K 1C1
Puesto Salud Petecuy III	0609	Petecuy Tercera Etapa	C 76 K 1H
Centro Salud Floralia	0610	Ciudadela Floralia	C 82 K 3AN
Puesto Salud Floralia	0610	Ciudadela Floralia	C 72C 3BN - 53
Centro Salud San Luis II	0696	San Luis II	C 72C 1A2 - 61
COMUNA 7			
Puesto Salud Alfonso López III	0703	Alfonso López 3 Etapa	C 74 K 7MBis
Centro Salud Puerto Mallarino	0705	Puerto Mallarino	K 9 76 - 35
Puesto Salud Siete de Agosto	0707	Siete de Agosto	C 72 K 11B
Puesto Salud Ceibas - San Marino	0710	Las Ceibas	C 65 K 7DBis

Fuente: (Departamento de Planeación Municipal, 2013).

Marco Teórico

Estado del arte sobre el origen de las Empresas Sociales del Estado en Colombia.

La prestación de los Servicios de Salud en Colombia es responsabilidad del Estado, como quedó establecido a partir de la Constitución Política de 1991, en donde Colombia inicia una nueva etapa en la prestación de servicios de salud, con la creación de un nuevo Modelo de Servicio llamado: Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyo principal objetivo, lo estableció el Ministerio de Salud y Protección Social “*es regular el servicio*

público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente en el País, en todos los niveles de atención” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, p. 11).

Un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud, su responsabilidad va más allá de mejorar la salud de las personas, implica también de protegerlas contra las pérdidas financieras del costo de la enfermedad y tratarlas con dignidad (Organización Mundial de la Salud, 2000).

De igual manera es fundamental resaltar como en el Artículo 48 en la misma Constitución colombiana de 1991:

Garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.... La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. (Colombia, 1991)

Así mismo se resalta,

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por: El Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, quien actúa como organismo de coordinación, dirección y control; las Entidades promotoras de salud (EPS), responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados; y las Instituciones prestadoras de salud (IPS), que son hospitales, clínicas y laboratorios, entre otros, encargadas de prestar la atención a los usuarios. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

Con base a lo establecido por la Constitución colombiana de 1991, para el 23 de diciembre de 1993, el Congreso de la Republica, Decreta la Ley 100 de 1993, en donde se hace referencia en el Preámbulo como

El sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la

sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud,... de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. (Colombia, 1993a, Preamble)

Sin embargo a lo largo de estos años e inclusive desde el año de 1987 con el Decreto 77 de enero 15 de 1987, se inicia un nuevo enfoque de descentralización para los diferentes municipios de Colombia:

Que el fortalecimiento de las atribuciones de los municipios, acompañado de la cesión de recursos fiscales destinados a financiar su ejercicio, define un proceso de descentralización administrativa en virtud del cual se estimula el acercamiento del ciudadano a los servicios del Estado y su vigilancia y control sobre la prestación de los mismos. (Colombia, 1987)

Más adelante el Congreso de la Republica con la Ley 10 de 1990 retoma de manera muy clara el proceso de descentralización municipal en los servicios de salud, con fines académicos resalto los más importantes a nuestro criterio a tener en cuenta:

Artículo 1º.- Servicio Público de Salud.

La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente Ley.

El Estado intervendrá en el servicio público de salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Constitución Política, con el fin de:

- a. Definir la forma de prestación de la asistencia pública en salud, así como las personas que tienen derecho a ella;

- b. Establecer los servicios básicos de salud que el Estado ofrecerá gratuitamente;
- c. Fijar, conforme a lo señalado en la presente Ley, los niveles de atención en salud y los grados de complejidad, para los efectos de las responsabilidades institucionales en materia de prestación de servicios de salud y, en especial, los servicios de urgencia, teniendo en cuenta las necesidades de la población y la cobertura territorial, principalmente;
- d. Organizar y establecer las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud, que aseguren la vigencia de los principios de participación ciudadana y participación comunitaria y, en especial, lo relativo a la composición de las juntas directivas de que trata el artículo 19 de la presente Ley;

Determinar los derechos y deberes de los habitantes del territorio, en relación con el servicio público de salud y, en particular, con las entidades y personas que conforman el sistema de salud, conforme a los principios básicos señalados en el artículo 3... (Colombia, 1990)

Posterior a la Constitución colombiana de 1991, la Ley 60 de agosto de 1993 reafirma la descentralización de los servicios de Salud en Colombia bajo Artículo 2:

Competencias de los municipios. Corresponde a los municipios, a través de las dependencias de su organización central o de las entidades descentralizadas municipales competentes, en su carácter de entidades ejecutoras principales de las acciones en materia social, dirigir, prestar o participar en la prestación de los servicios directamente, conforme a la ley, a las normas técnicas de carácter nacional, a las ordenanzas y a los respectivos acuerdos municipales, así...

2.- En el área de la salud: Conforme al artículo 49 de la Constitución Política dirigir el Sistema Local de Salud, ejercer las funciones establecidas en el artículo 12 de la Ley 10 de 1990, realizar las acciones de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, asegurar y financiar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación del primer nivel de atención de la salud de la comunidad, directamente a través de sus dependencias o entidades descentralizadas, de conformidad con los artículos 4 y 6 de la misma ley; o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas, según lo dispuesto en el artículo

365 de la Constitución Política, la Ley 10 de 1990 y las disposiciones reglamentarias sobre la materia. (Colombia, 1993b)

Pero fue solo hasta el 29 de diciembre del 2003 bajo el Acuerdo 106 de la Secretaria de Salud Pública Municipal, cuando la Red de Salud Norte E.S.E., estableció el proceso de descentralización finalmente para el Municipio de Cali:

Acuerdo 106 del 2003. Por el cual se descentraliza la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención del municipio de Santiago De Cali, mediante la creación de las Empresas Sociales Del Estado Del Municipio De Santiago De Cali.

Artículo 1 - Creación y naturaleza: Créanse cinco Empresas Sociales del Estado del municipio de Santiago de Cali, como una categoría de entidad pública, descentralizada del orden municipal, dotadas de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscritas a la secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali y sometidas al régimen jurídico previsto en la Ley. (Secretaría de Salud Pública Municipal, 2003)

A partir de la fecha la Red de Salud Norte E.S.E., se constituyó e inicio a prestar servicios a la ciudad de Cali y más específicamente en las comunas: 2, 4, 5, 6 y 7 a la población del Régimen Subsidiado y vulnerable sin capacidad de pago, con proyección de prestar servicios a Entidades Promotoras de Salud – EPS, del régimen contributivo

Para el año 2012, nueve años después de la constitución de la Red de Salud Norte, esta hace la publicación del Informe de Gestión Vigencia 2012, Red de Salud Norte, link de referencia: <http://web.esenorte.gov.co/index.php/institucional/informe-de-gestion>), en el cual se hace una breve reseña de las diversas actividades y niveles de influencia en la comunidad de los planes de acción establecidos por la entidad.

Descripción General de las Empresas Sociales del Estado en Colombia.

Las Empresas Sociales del Estado (ESE), son instituciones que prestan servicios de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de acuerdo al nivel de atención donde se encuentren sus afiliados y beneficiarios de los distintos regímenes en los que se encuentra actualmente dividido el sistema. (Ver Gráfico 1).

1. Régimen Contributivo: generalidades

- Personas con capacidad económica de cotizar, empleadas o independientes.
- Derecho al Plan de Beneficios denominado Plan Obligatorio de Salud (POS).
- Se rige por la Resolución 5261 de 1994 conocido como el Manual MAPIPOS y la Resolución 2816 de 1998, que modifica la resolución 5261 en relación con su artículo 10.

Servicios de Atención Inmediata:

- Planes de Promoción y Prevención.
- Tratamiento inicial y estabilización en caso de urgencia.
- Atención del embarazo, parto y puerperio.
- Atención del neonato.

Servicios con Períodos Mínimos de Cotización:

- El tratamiento de Enfermedades Catastróficas requiere 100 semanas
- Las cirugías de tipo electivo dentro del Grupo 8 o superiores requiere 52 semanas.
- Otros servicios del Plan Obligatorio de Salud requiere 4 semanas después de la afiliación.

Cuota Moderadora:

- Cobro que se realiza con el objeto de regular la utilización de los servicios y estimular su buen uso.
- Lo cancelan tanto afiliados como beneficiarios según el rango salarial. (Régimenes que conforman el sistema , 2009)

2. Régimen Subsidiado: generalidades

- Dirigido a personas sin capacidad económica y su grupo familiar.
- Subsidiado por el gobierno a través de recursos fiscales o de solidaridad.
- Regido por un Plan de Beneficios de Salud con algunas diferencias al POS.
- No aplica períodos mínimos de cotización. (Régimenes que conforman el sistema , 2009)

3. Régimen Vinculado: generalidades

Son personas que no tienen capacidad de pago y que mientras logran ser beneficiarios del Régimen Subsidiado, tienen derecho a los servicios de atención en salud en IPS públicas y privadas contratadas por la Secretaría Locales de Salud.

De este grupo hacen parte:

1. Población identificada en nivel 1 y 2 SISBEN NO afiliada a una EPS-S.
2. Población especial NO afiliada al Régimen Subsidiado: indígenas, habitante de y en calle, menores en protección, desmovilizados y/o reincorporados, inimputables, población desplazada y pueblo ROM (gitanos).

De esta población hacen parte estos grupos sociales que por sus diversas condiciones culturales, jurídicas y económicas, ingresan al SGSSS, por listado censal como población especial. Bajo esta condición, la población especial pasa a ser población especial vinculada. (Secretaría de Salud, 2016)

4. Régimen Excepcional: generalidades

Si una persona está afiliada como cotizante o beneficiario (cónyuge, hijo, padre) a un régimen de excepción, como la Policía, Fuerzas Militares, Magisterio, entre otros, y tiene ingresos adicionales por contratos de trabajo o prestación de servicios, deberá cotizar de manera adicional y recibirá de un ente la atención médica y de otro el pago de las prestaciones económicas.

Son muchos los ex policías, ex militares, docentes públicos y otros más, que tienen un servicio especial en salud por parte de esas mismas entidades, tanto para dicha persona (cotizante), como para su núcleo familiar (beneficiario). (Actualícese, 2014)

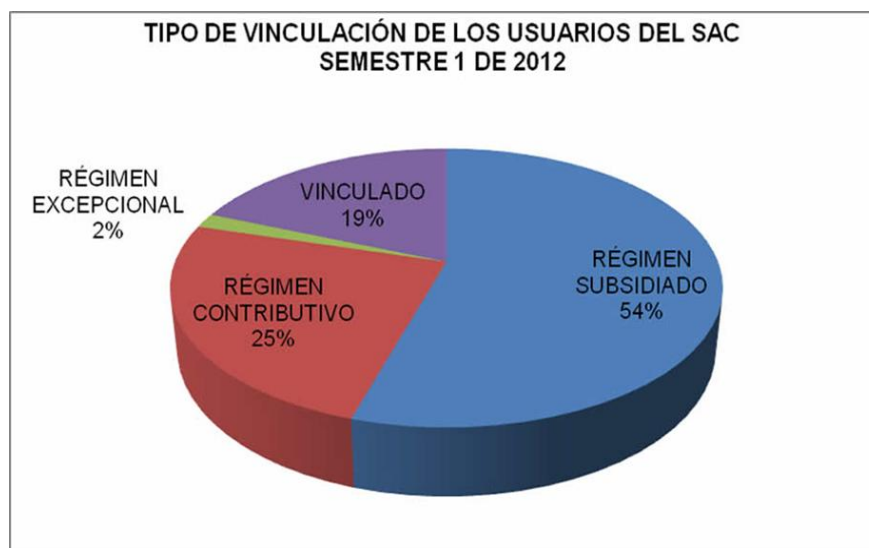


Gráfico 1. Distribución según el tipo de vinculación en Colombia

Fuente: (Google, s.f.)

Conceptos generales sobre las Empresas Sociales del Estado.

El sistema actúa a través de las Empresas Promotoras de Salud – EPS, entidades públicas y privadas que operan como aseguradoras y administradoras. Las Instituciones Prestadoras de Servicios – IPS, se encargan de proveer los servicios de atención a los usuarios, de acuerdo con las prestaciones o beneficios definidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS. “El contenido del POS del régimen subsidiado representa cerca del 60% del que tiene el régimen contributivo.

El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), se encarga de reconocer el pago a las EPS, según el número de afiliados y el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y trasladar recursos fiscales para el régimen subsidiado

Las Empresas Sociales del estado tienen como naturaleza la prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, que constituyen una

categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico. (Eumed, 2011)

Por otra parte las Empresas Sociales del Estado se dividen de acuerdo a su nivel de complejidad en la atención, lo cual se relaciona con la magnitud y la severidad de las necesidades específicas de la población. Según la Resolución No. 5261 de 1994, los niveles de responsabilidad de la atención en salud en Colombia son:

a. Primer nivel

Se atiende más o menos el 70-80% de la población.

En este nivel la severidad de los problemas de salud plantea una atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño y menor especialización y tecnificación de los recursos.

Se desarrollan actividades de promoción y prevención específica a través de la demanda inducida, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las necesidades de salud más frecuentes.

b. Segundo nivel

Este nivel se enfoca en la promoción, prevención y diagnóstico a la salud los cuales brindaran acciones y servicios de atención ambulatoria especializado y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontaneo con urgencias.

c. Tercer nivel de atención

Este nivel se ubica a nivel del ámbito nacional y constituye el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional. Aquí laboran especialistas para la atención de problemas patológicos complejos, que necesiten equipos e instalaciones especializadas

Realizan más énfasis en investigación y docencia.

d. Cuarto nivel

Servicios de Salud Sub-especializados de alta Complejidad. (Vera, s.f.)

Marco Normativo en las Empresas Sociales del Estado en Colombia².

En el artículo 194 de la Ley 100 de 1993 se pretendió dar un vuelco total al sistema de salud que regía hasta entonces, llamándolo desde ese momento el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por tal razón cambió la denominación de hospitales públicos por la de Empresas Sociales del Estado, es decir, que los primeros se convirtieron en empresas (entidades eficientes) que ofrecen un servicio óptimo y con grandes beneficios para los usuarios, buscando prestar servicios en condiciones humanas, equitativas y seguras, atendiendo a dos grandes principios establecidos para regir a estas empresas”, Como lo son los principios de Eficacia y Calidad.

Para poder llevar a cabo tal transformación, se tuvo que efectuar un proceso por el cual el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1876 de 1994. Así mismo, el Concejo de Bogotá, expidió también los Acuerdos 13 y 17 de 1997 por los cuales se ordenó dicha transformación, reglamentando una serie de puntos sobre los cuales tenían que desarrollarse estas empresas.

Estos Acuerdos delinearon la manera en la que debían crearse estas empresas:

jurisdicción, naturaleza, nombre, objetivos, principios básicos, patrimonio, ingresos, y órganos de dirección para su gobierno (Gerencia y Junta Directiva).

A partir de ese momento, estas empresas se volvieron de gran interés para entidades como la Secretaría Distrital de Salud y como el Ministerio de Salud, que realizaron una serie de proyectos con el fin de que a estas nuevas entidades se les facilitara la expedición de sus

Estatutos, la creación del Reglamento Interno de Trabajo y la adopción de un Reglamento de prestación de servicios.

Asimismo, la Constitución declaró al Municipio como la célula fundamental del ordenamiento territorial, haciendo más vinculante la dirección del cambio hacia la transferencia de competencias al poder local.

Actualmente el Gobierno Nacional reglamentó una reforma a la salud la cual está en curso de ser implementada en el territorio nacional orientada en tener al Estado como afiliador, recaudador y pagador, la figura de Gestor de Salud en la administración de programas de salud que hace las veces de Entidad Promotora de Salud, la creación del Fondo de salud denominado MIA Salud, el cual recogerá los recursos del Sistema General de Participaciones, los recursos de juegos de azar, las cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo, los aportes de las cajas de compensación familiar, los del presupuesto general de la Nación, los Fondos del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (Fonsat), los de la Industria Militar de Colombia (Indumil) y los de las rentas cedidas de los entes territoriales y que reemplazará al Fosyga (Fondo de Seguridad y Garantía de Salud).

Marco Normativo para Las Empresas Sociales del Estado en el Valle del Cauca.

A partir del Acuerdo 106 del 29 de diciembre de 2003, se realiza el proceso de descentralización de servicios públicos de la Secretaria de Salud Municipal del Valle del Cauca, en los cuales fueron creadas cinco (5) entidades para la atención en salud básica primaria en el municipio de Santiago de Cali denominadas Empresas Sociales del Estado E.S.E., ubicadas en zonas de influencia del nororiente, oriente, suroriente, centro y zona de ladera. (Secretaría de Salud Pública Municipal, 2003)

En la Red de Salud Norte E.S.E., la cual es el objetivo primordial de nuestro trabajo de grado, se planteó en un informe de Gestión durante el periodo Enero a Diciembre del 2012 por parte de la junta directiva y en cabeza de la gerente de la institución en el cual se desarrollaron diferentes actividades que contribuyeron a la optimización de los recursos financieros, físicos y humanos, logrando el mejoramiento continuo de la entidad. (Empresa de Salud del Estado ESE Norte, 2012).

La Red de Salud Norte E.S.E., ha venido implementando de manera exitosa el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, auditoria de certificación con la norma ISO 9001 vs 2008 para el Hospital Joaquín Paz Borrero e implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI-2005.

Con la participación de los usuarios, la comunidad, los funcionarios y los directivos de la Red de Salud Norte, se formuló y posteriormente se aprobó mediante acuerdo 1.1.1.131.2012 del 13 de Junio de 2012, por la junta directiva, el plan de Gestión, con un direccionamiento acorde a los planes de desarrollo Nacional, Departamental, y Municipal, alineado a la administración municipal del Dr. Rodrigo Guerrero Velasco, en ese momento primer mandatario de la ciudad de Cali, con los indicadores de gestión asociados a los objetivos estratégicos que permiten hacer un seguimiento continuo y una evaluación más objetiva a la gestión de la empresa.

En este informe se presentan los principales resultados y gestión realizada en la Red de Salud Norte E.S.E., en materia de Fortalecimiento de Servicios, Intersectorialidad, Modernización de la Gestión, Sostenibilidad Administrativa y Financiera, y Orientación al usuario. Así mismo, los lineamientos establecidos en la Resolución 0000710 de marzo de 2012, según la cual las actividades desarrolladas por el Gerente y el equipo de trabajo involucran las cinco fases establecidas, como son:

- Fase de preparación
- Fase de formulación

- Fase de aprobación
- Fase de ejecución
- Fase de evaluación. (Empresa de Salud del Estado ESE Norte, 2012)

Enfoque teórico del análisis del entorno externo e interno de las empresas

Enfoque teórico análisis del entorno externo de la empresa.

Las estrategias no deben formularse ni desarrollarse en el vacío, sino que deben responder al entorno externo de los negocios, de lo contrario..... su empresa se convertiría en el productor más eficiente de artículos obsoletos: palos trajes informales, o reglas de cálculo. (Gregory, 2011, p. 37)

Todas las empresas independientemente al sector al cual se dediquen, ya sea mercadeo y ventas, telecomunicaciones, transporte, servicios de salud, etc., requieren de un exhaustivo análisis de su entorno de negocios con el fin de conocer muy bien sus tendencias, los pronósticos del mercado y detectar herramientas como hechos claves para continuar creciendo y alcanzando resultados.

Dess Gregory, en su libro Administración Estratégica, presenta tres elementos decisivos para el pronóstico que toda compañía debería tener muy presente al momento de identificar mejor las tendencias emergentes que puede afectar toda empresa ya sea social o del ámbito privado, Estudio del Entorno, Vigilancia del entorno e Inteligencia competitiva. Gráfico 4.

Los expertos coinciden en determinar que la tendencia clave de toda empresa u organización, requiere del excelente conocimiento del negocio en el cual se desempeñan cada día la compañía y sus clientes, sin descuidar en ningún momento de todo lo que sucede en su

entorno, teniendo muy presente la importancia de reunir inteligencia competitiva como elementos primordiales y decisivos para un buen pronóstico del negocio y su entorno.



Figura 3. Elementos Pronósticos Dess Gregory

Fuente: Los autores a partir de (Dess, G. G., 2011)

Vigilancia del Entorno: esta sirve a cada compañía para rastrear e identificar la evolución de las diferentes tendencias que se presentan en el mercado, acontecimientos y diferentes actividades que el entorno exige, cuyo propósito final es brindar información decisiva para establecer el curso estratégico de la empresa y la asignación de cada uno de los recursos.

Inteligencia Competitiva: en las empresas a definir, funciona como herramienta para conocer mejor la industria, al tiempo que contribuye a identificar sus fortalezas y debilidades tanto propias como las de sus competidores, ayudando a prevenir sorpresas, gracias al anticipo de cada movimiento de los competidores y haciendo más rápido el tiempo de respuesta por parte de la compañía

Pronósticos del entorno: *Gregory G. Dess* plantea en su libro *Administración Estratégica* (2011), como el estudio, la vigilancia y la inteligencia competitiva son tres elementos importantes para realizar un adecuado análisis del entorno externo, dando iniciativa a una serie de proyecciones tanto de la dirección, el alcance, la velocidad y la intensidad de los posibles cambios del entorno.

El análisis o la auditoria del sector externo es un planteamiento más exhaustivo para hacer pronósticos de tendencias sociales, económicas, psicológicas, demográficas entre otras.

Enfoque teórico análisis del entorno Interno de la empresa.

En el ambiente interno de toda empresa, ya sea de bienes o servicios es muy importante implementar al igual que en el ambiente externo un análisis DOFA, con el fin de lograr identificar las Fortalezas y Debilidades (ambiente Interno) y Oportunidades y Amenazas (ambiente Externo).

Sin embargo *Gregory G. Dess* en su libro de *Administración Estratégica* (2011), hace referencia a como el DOFA presenta una debilidad clave para el análisis de ambos ambientes, externo e interno debido a que centra demasiada atención en un momento muy específico de la empresa, en esencia es como estudiar un solo cuadro de una película, quizás pueda identificar a los actores principales y ver algo de escenografía, pero no le dirá mucho de la trama.

En el enfoque externo, el DOFA es demasiado estrecho, en donde los estrategas se basan en las definiciones tradicionales de su industria y en el entorno de sus competencia que en muchos casos puede ser una mirada “poco Objetiva” y quizás no advierte de los cambios más importantes que se registran en su entorno periférico que requieran definir nuevas fronteras en la industria e identificar nuevas relaciones competitivas.

El análisis DOFA en el desarrollo de nuestro trabajo resultará muy importante como un punto de partida, pero nunca se puede tomar como un único criterio que ayude a una empresa a desarrollar ventajas competitivas que se puedan sostener a largo plazo.

Análisis del entorno interno según Michael E. Porter.

Análisis de la cadena de valor:

El análisis de la cadena de valor considera a las organizaciones como una serie de procesos y actividades que generan valor y ante una buena interpretación puede ayudar a toda compañía a comprender y detectar “oportunidades” que ayudan a tomar ventajas competitivas, según el planteamiento de *Michael Eugene Porter*, propuesto en su libro “*Competitive Advantage*” .

En resumen la cadena de valor, es un análisis estratégico de toda organización que realiza actividades que crean valor, es decir una empresa es rentable cuando el valor que recibe excede el valor total de los costos que implica crear un producto o un servicio.

A continuación se plantearán algunos de esos componentes de *La Cadena de Valor* que ayudarán en el desarrollo de este trabajo a valorar y conocer mejor la empresa, en el análisis de entorno interno de la misma; es importante resaltar que no se tendrán en cuenta todos los componentes de la cadena, tan solo se analizarán los más indicados para esta investigación.

Porter describió dos categorías en el Análisis de la cadena de valor, primero en cinco actividades primarias de una compañía para crear valor: Figura 4.

- Logística Interna (no se analizará en el desarrollo del trabajo)
- Operaciones (no se analizará en el desarrollo del trabajo)

- Logística Externa
- Marketing y ventas
- Servicio

Las cuales permiten comprender y hacer un enfoque más preciso de la posición competitiva de una empresa en la búsqueda de resultados que perduren en el tiempo a diferencia de lo que podría suceder con solo el análisis DOFA.

Y una segunda categoría las actividades de apoyo que se dividen en: Figura 4

- Adquisición (realización) -no se analizará en el desarrollo del trabajo.
- Desarrollo de la tecnología
- Administración de los recursos humanos
- Administración general

Las cuales agregan valor mediante relaciones con las actividades primarias.



Figura 4. Cadena de valor – Porter

Fuente: (Wordpress, 2017)

Actividades Primarias

Para competir en cualquier industria intervienen cinco categorías generales de actividades primarias:

- **Logística interior:** Se refiere a recibir, almacenar y distribuir los insumos, en donde incluye el manejo de los materiales, almacenamiento, control de inventarios, transporte y devoluciones. (No se analizará en el desarrollo del trabajo)
- **Operaciones:** Estas incluyen todas las actividades asociadas con la transformación de los insumos hasta lograr el producto final. (No se analizará en el desarrollo del trabajo)
- **Logística al Exterior:** En este punto se hace referencia a la recolección, almacenaje y distribución del producto o servicio a los consumidores o compradores.
- **Marketing y ventas:** Estas actividades se relacionan con la compra de productos y servicios que hacen los usuarios finales y con todo lo relacionado con los procesos de inducción que incluye la publicidad, promoción, fuerza de ventas, cantidades, canales de

ventas para que estos mismos usuarios finales compren. No siempre se debe tener el mejor producto del mercado, la importancia radica en lograr acercarse al consumidor y mostrarle de manera convincente los beneficios del producto o servicios de manera congruente con la estrategia planteada para su comercialización.

- **Servicio:** En esta actividad primaria se incluye todas las acciones relacionadas con brindar un buen servicio y mejorar el valor del producto, donde se puede intervenir sobre las instalaciones, la reparación, la capacitación, el suministro de partes y el acondicionamiento ya sea del producto o del servicio. (Dess, 2011, p. 81)

Actividades de Apoyo

Las actividades de apoyo se dividen en cuatro categorías generales y cada una a su vez se subdivide en una serie de actividades de valores distintos.

- **Adquisición o Realización:** esta se refiere a la función de comprar los insumos que se emplean en la cadena de valor, como la compra de materias primas, suministros y otros bienes de consumo al igual que otros activos como maquinaria, equipos de laboratorio, oficina y edificio. (No se Analiza en el desarrollo del Trabajo)
- **Desarrollo tecnológico:** toda la serie de tecnología que emplea una compañía suele ser muy amplia y cubre desde la preparación de documentos, el transporte de bienes hasta la elaboración e implementación de procesos. El desarrollo tecnológico relacionado tanto con el producto como con el servicio es un pilar fundamental en la cadena de valor.
- **Administración de recursos humanos:** este consiste en todas las actividades necesarias para reclutar. Contratar, capacitar, desarrollar y remunerar a todo el personal que labora

para la compañía. Ayuda en las actividades individuales primarias y de apoyo al igual que a toda la cadena de valor.

- **Administración general:** este incluye actividades de administración general, planeación, finanzas, contabilidad, asuntos jurídicos y gubernamentales, administración de calidad y todo lo relacionado con los sistemas de información. (Dess, 2011, p. 83)

Aplicación de la cadena de valor a las organizaciones de servicios

En algunas ocasiones la diferencia entre empresas manufactureras y de servicios radica en ofrecer una solución a medida y de manera muy específica al consumidor en lugar de una producción en masa, como si sucede con una empresa de productos.

La cadena de valor en las organizaciones de servicios muestra como el proceso de apoyo y servicios legales son fundamentales para agregar valor, en comparación a otras compañías. Con base a lo anterior las empresas de prestadoras en servicios de salud fundamentan su trabajo en una cadena de valor muy específica para cada paciente y sus necesidades de servicios en salud supliendo de manera muy puntual que tipo de especialista le debe atender y con qué prioridad. (Dess, 2011, p. 88)

Clases de Recursos de la Empresa.

“Los recursos de la empresa son todos los activos, las capacidades, los procesos organizacionales, conocimientos, etc., bajo su control y que le permiten crear e instrumentar estrategias para crear valor” (Dess, 2011, p. 88).

Recursos Tangibles: son activos muy fáciles de identificar, ya que incluyen activos materiales y financieros que toda organización emplea para crear valor para cada uno de sus clientes, ejemplos de Recursos Tangibles:

- **Financieros:** Cuenta de efectivo, capacidad de la empresa para reunir capital, capacidad de endeudamiento.
- **Materiales:** Ubicación favorable de la empresa, maquinaria y equipamiento

- Tecnológicos: Secretos comerciales, procesos innovadores de producción, patentes, derechos de autor, marcas registradas.
- Organizacionales: Procesos efectivos para la planeación estratégica, excelentes sistemas de evaluación y control.

Recursos Intangibles: A diferencia de los tangibles, estos recursos son muy difíciles de identificar y representan rutinas y procesos únicos, incluyendo los recursos humanos.

Análisis interno del programa de Promoción y Prevención

Dentro del análisis del Portafolio de Servicios del programa de Promoción y prevención de la Red de Salud Norte E.S.E., es importante resaltar las Guías de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad en la salud pública del Ministerio de la Protección Social, Las Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública integran la evidencia científica internacional, los conocimientos y habilidades clínicas y la experiencia en gestión de servicios de salud de cerca de trescientos profesionales que representaron a más de ochenta entidades del sector de la protección social para proporcionar herramientas que contribuyan al mejoramiento de la salud en la población colombiana.

Las Guías técnicas son una de las herramientas de garantía de la calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Están dirigidas a disminuir la variabilidad de las prácticas, obtener los mejores resultados, optimizar el uso de los recursos de la atención, estimular la promoción de la salud y prevención de eventos de importancia en salud pública y a racionalizar los costos del sector.

Las Guías, se hicieron con el objetivo de formular recomendaciones basadas en la evidencia para la ejecución de importantes actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades prioritarias, que a su vez conduzcan al mejoramiento de la calidad de la atención y el uso racional de los recursos en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Otro objetivo fue el de generar insumos para la revisión y actualización de los planes obligatorios de salud -POS contributivo y subsidiado- mediante la revisión y actualización de un amplio grupo de guías y normas incluidas en la resolución 412 de 2000.

Este esfuerzo conjunto responde a los lineamientos y políticas del Ministerio de la Protección Social para atender las diversas necesidades de salud de la población colombiana mediante actividades de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades específicas.

- Guías de detección temprana:

Guía 1. Guía para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años.

Guía 2. Guía para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años.

Guía 3. Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo

Guía 4. Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años.

Guía 5. Guía para la detección temprana de alteraciones visuales y Patologías Oculares

- Guías de protección específica:

Guía 6. Guía para la vacunación según el programa ampliado de inmunizaciones (PAI)

Guía 7. Guía para la protección específica de caries y la enfermedad Gingival

Guía 8. Guía de atención del parto

Guía 9. Guía para la atención del recién nacido

Guía 10. Guía para la atención en planificación familiar para hombres y mujeres

- Guías de atención

Guía 11: Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extra pulmonar

Guía 12: Guía para la atención de la meningitis meningococcica

Guía 13: Guía de atención de la hipertensión arterial

Guía 14: Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas con el Embarazo

Guía 15: Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo

Guía 16: Guía de diagnóstico y manejo de diabetes mellitus

Guía 17: Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2

Guía 18: Guía de atención de la lepra

Guía 19: Guía de atención de la malaria

Guía 20: Guía de atención del dengue

Guía 21: Guía de atención de la leishmaniasis

Guía 22: Guía de práctica clínica fiebre amarilla

Guía 23: Guía de atención de la enfermedad de Chagas

Para esta publicación, las guías se clasificaron en tres grupos:

Detección temprana, protección específica y atención.

Las Guías de detección temprana recogen una serie de recomendaciones para identificar e intervenir tempranamente los principales riesgos en salud en las diferentes etapas de la vida (incluyendo el embarazo) y también detectar signos y síntomas tempranos de enfermedades prevalentes en Colombia, con el fin de posibilitar diagnósticos y tratamientos oportunos.

Las Guías de protección específica ofrecen recomendaciones basadas en la evidencia para el desarrollo de actividades de prevención de la enfermedad en poblaciones específicas y de atención en salud, así como situaciones especiales como el parto y el control de la fertilidad.

Las Guías de atención ofrecen recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de un grupo de enfermedades infecciosas de interés en salud pública en Colombia tales como: tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, meningitis, meningococcica, lepra, malaria, dengue, leishmaniosis, fiebre amarilla y enfermedad de Chagas.

Estas Guías ofrecen también recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de tres enfermedades crónicas prevalentes en Colombia: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 1 y la diabetes mellitus tipo 2.

- Guías de detección temprana

Guía 1. Guía para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años.

El crecimiento y desarrollo es el proceso de transformación que evoluciona en la forma dinámica y rápida en los niños durante su ciclo vital. La vigilancia y acompañamiento del mismo, así como la detección temprana y atención oportuna de sus alteraciones, representa la posibilidad de una intervención con alta rentabilidad social y económica.

Para que este proceso de crecimiento y desarrollo se dé adecuadamente requiere que sea integral, armónico y permita la vinculación del niño con los grupos sociales, sin olvidar que cada ser humano es único e irrepetible y con características que le son propias y que hay que respetar.

Es fundamental el acompañamiento para garantizar el estricto cumplimiento de los derechos de los niños.

Objetivo General Guía 1

Brindar pautas para la atención integral con calidad para el niño sano menor de 10 años en todo el territorio nacional, por parte de los administradores de planes de beneficio y los prestadores de servicios de salud.

Objetivos específicos Guía 1

- Promover la salud, el crecimiento y el desarrollo armónico de todos los niños
- Fomentar condiciones y estilos de vida saludables, potenciando factores protectores y controlando factores de riesgo
- Promover el buen trato, los vínculos afectivos y las prácticas de crianza humanizada entre padres, cuidadores, adultos y los niños
- Evaluar las condiciones de salud, los riesgos para la misma y el proceso de crecimiento y desarrollo mediante el seguimiento periódico del proceso vital

- Fomentar una alimentación saludable, con aportes nutricionales adecuados para la edad, lactancia materna en los primeros años, complementaria balanceada y suplementación con micronutrientes
- Prevenir las enfermedades más frecuentes y los accidentes, promoviendo medidas de protección específica como la vacunación y las recomendadas en la estrategia AIEPI
- Impulsar los componentes de salud oral, visual y auditiva
- Fomentar la participación comunitaria y la articulación con el sector educativo como estrategias para fomentar la salud integral de los niños.

Guía 2. Guía para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años.

Originan una herramienta que permite la atención integral de la población joven del país. Este conjunto de estándares y recomendaciones intentan proporcionar a los clínicos, pacientes, familiares, investigadores, compañías de seguros y demás personas interesadas, información acerca de los aspectos de asistencia del adulto joven de 10 a 29 años. Cada paciente debe ser evaluado en particular y el clínico definirá si requiere de evaluación y tratamiento por parte de otros especialistas.

Objetivo General Guía 2

Definir las pautas específicas para las acciones combinadas de prevención y atención integral de las alteraciones del desarrollo de adolescentes y jóvenes, interviniendo factores de riesgo y potenciando factores protectores con acciones conjuntas de promoción de la salud.

Objetivos específicos Guía 2

- Identificar el estado de desarrollo biológico-psicológico y social e intervenir en forma oportuna y eficiente y deficiencias encontradas en cada una de las esferas, y potenciar las capacidades en cada una de ellas

- Crear un servicio independiente para la atención integral de los adolescentes y jóvenes en donde sean atendidos con calidad, respeto confidencialidad, por profesionales capacitados y apoyados en una red de servicios garantizada en todos los niveles y áreas
- Promover la orientación y los planes de intervención en salud de una manera participativa con el adolescente y coordinadamente con su familia, colegio y comunidad, buscando la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de riesgos
- Promover el auto cuidado, los factores protectores y el control de los factores de riesgo a través de la educación en salud.

Guía 3. Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo

La mortalidad materna constituye un problema de salud pública y la meta es disminuirla en el país y este conjunto de estándares y recomendaciones asistenciales intentan proporcionar a los clínicos, pacientes, familiares, investigadores, compañías de seguros y demás personas interesadas, información acerca de los aspectos de la detección temprana de alteraciones del embarazo.

Cada paciente debe ser evaluado en particular y el clínico definirá si requiere de evaluación y tratamiento por parte de otros especialistas.

Objetivos

- Promover el inicio del control prenatal ante la sospecha de embarazo.
- Facilitar el acceso de la gestante a los servicios de salud de manera precoz y oportuna.
- Vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible identificar precozmente a la gestante con factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias del embarazo para un manejo adecuado y oportuno.
- Establecer un plan integral de control prenatal y atención del parto conforme con la condición de salud de la gestante, que garantice su manejo de acuerdo con su complejidad en los diferentes niveles de atención del sistema de salud.
- Ofrecer educación a la pareja, que permita una interrelación adecuada entre los padres, la familia y su hijo desde la gestación.

Guía 4. Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años.

A través de esta guía se pretende plantear la norma de atención de adultos colombianos, mayores de 45 años, para ser aplicada dentro del Sistema general de seguridad social en salud.

Dicha Guía se basa en el desarrollo de una guía de actividades y procedimientos preventivos para las personas de este grupo de edad, la cual ha sido diseñada a partir de la consideración simultánea de aspectos demográficos y epidemiológicos poblacionales, conjuntamente con aspectos metodológicos soportados en la mejor evidencia disponible. Su aplicación sistemática debe contribuir a mejorar o a mantener las condiciones de salud de los adultos mayores de 45 años en Colombia.

Objetivo

El objetivo primordial de esta Guía es hacer prevención de las enfermedades más prevalentes en nuestro medio, en el individuo adulto, y buscar la promoción del mantenimiento de la salud por medio de la educación a la población general para que adopte hábitos de vida saludables.

Guía 5. Guía para la detección temprana de alteraciones visuales y Patologías Oculares

La actualización de la Guía para la detección temprana de alteraciones visuales y patologías oculares contribuirá al diagnóstico y tratamiento de estas patologías que constituyen un problema de salud pública en el país y al mantenimiento de la salud visual.

Los revisores declaran no tener conflicto de intereses frente a las recomendaciones generadas. Estas recomendaciones son acciones terapéuticas y diagnósticas que se sabe y se cree ejercen una influencia favorable en la evolución de los pacientes.

Objetivo

Detectar tempranamente las alteraciones del sistema visual y patología ocular que se pueden presentar durante el ciclo de vida, a saber:

- En menores de tres años, a través del examen ocular pediátrico de tamizaje.
- En la población mayor de 3 años, hasta los 40 años, detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual, baja visión, visión subnormal y ceguera, a través de la toma de la agudeza visual.
- En los adultos mayores de 40 años, la detección de patologías del sistema visual que no son detectadas por medio de la toma de la agudeza visual, por medio del examen visual realizado por oftalmólogo u optómetra.
- Asimismo, por medio del examen oftalmológico detectar de manera rápida en el grupo de pacientes prematuros con riesgo de retinopatía de la prematurez aquellos que ameriten tratamiento.

Guías de protección específica:**Guía 6. Guía para la vacunación según el programa ampliado de inmunizaciones (PAI)**

La inmunización en niños y adultos se fundamenta en hechos científicos conocidos acerca de los inmunobiológicos, de los principios sobre inmunización activa-pasiva y de consideraciones epidemiológicas y de salud pública.

El uso de las vacunas implica la protección parcial o completa contra un agente infeccioso; así, la vacunación, es la mejor estrategia y el más costo efectivo, demostrada universalmente, para la reducción de la incidencia y mortalidad por las enfermedades inmunoprevenibles.

Esta Guía se constituye en un soporte sobre el cual se propone actualizar la norma técnica para la vacuna según el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Objetivos

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) tiene a cargo la eliminación, erradicación y control de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas enfermedades en la población objeto del PAI.

Guía 7. Guía para la protección específica de caries y la enfermedad Gingival

La caries y la enfermedad periodontal son las patologías orales de mayor prevalencia en los diversos grupos de edad. Sin embargo, estas dos patologías, mediante adecuados mecanismos de prevención y protección específica y de forma temprana, pueden ser controlados o al menos limitados sus efectos y complicaciones, favoreciendo el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

Objetivos

Determinar y describir las intervenciones de protección específica para prevenir la caries y la enfermedad gingival, a través de la identificación de los principales marcadores que permitan evaluar el riesgo de enfermar, con el fin de disminuir las prevalencias e incidencias de estas patologías que afectan a la población colombiana.

Guía 8. Guía de atención del parto

La actualización de la Guía para la atención del parto contribuirá a la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Este documento se convierte en una herramienta importante para la atención de las maternas en el país.

Los revisores declaran no tener conflicto de intereses frente a las recomendaciones generadas. Estas recomendaciones son acciones terapéuticas y diagnósticas que se sabe y se cree ejercen una influencia favorable en la evolución de los pacientes.

Objetivo

Ofrecer el marco conceptual y tecnico-cientifico para la atención racional del parto, de esta manera, disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la mujer gestante y del producto del embarazo, optimizando el pronóstico de los mismos a través de la oportuna y adecuada atención intrahospitalaria del parto.

Guía 9. Guía para la atención del recién nacido

La atención del recién nacido está representada en el conjunto de actividades, cuidados, intervenciones y procedimientos dirigidos a los niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después de nacer, en procura del bienestar general del recién nacido, reduciendo eventuales riesgos de desequilibrios, danos, complicaciones, secuelas, tanto como el riesgo de morir.

Este conjunto de recomendaciones, basadas en la evidencia, permitirán a los diferentes usuarios información acerca del manejo del recién nacido.

Objetivo

Brindar fundamento conceptual, normativo y de orientación para apoyar, conducir o inducir el proceso de adaptación a la vida extrauterina, mediante afirmación y consolidación de las condiciones favorables presentes, y la prevención, detección y control de problemas en forma temprana, con el fin de lograr un recién nacido sano, reducir así las múltiples secuelas incapacitantes en la niñez y las altas tasas de morbilidad y mortalidad tanto perinatal como neonatal e infantil

Guía 10. Guía para la atención en planificación familiar para hombres y mujeres

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el proceso de mejorar el acceso al cuidado de la calidad en la planificación familiar, ha venido desde 1996 revisando los criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.

Para la norma de planificación familiar publicada en la resolución 412 de 2000 se tuvo en cuenta la segunda edición de los Criterios médicos de elegibilidad, y en esta actualización acogeremos la tercera revisión del documento que se basa en las recomendaciones de la

reunión de un grupo de trabajo celebrada en la OMS del 21 al 24 de octubre de 2003, que contó con 36 participantes de 18 países, incluidos los representantes de distintas agencias y organizaciones.

Objetivo

Ofrecer a hombres, mujeres y parejas en edad fértil la información, educación y opciones anticonceptivas apropiadas para una elección informada del método que más se ajuste a sus necesidades y preferencias, contribuyendo a la disminución de gestaciones no deseadas y la mortalidad materna, dando una respuesta apropiada a hombres y mujeres a sus derechos reproductivos y, en consecuencia, brindándoles una mejor calidad de vida.

Guías de atención:

Guía 11: Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extra pulmonar

Esta Guía sobre la tuberculosis tiene la intención de ser un documento para consulta de todo el personal de salud que, de una u otra manera, interviene en el diagnóstico y cuidado del paciente tuberculoso y también una fuente de consulta para estudiantes de medicina y médicos especialistas sobre una patología que afecta a todo el organismo. En vista de que sus conceptos están enmarcados sobre la validez científica actual de lo que hoy se conoce como medicina basada en la evidencia, se aspira a cumplir con ese propósito.

Objetivos

- Conocer los aspectos epidemiológicos, clínicos y paraclínicos de la tuberculosis.
- Con bases científicas, brindar los tratamientos adecuados y control a los pacientes tuberculosos y sus contactos.
- Reducir la morbilidad, mortalidad y la transmisión de la tuberculosis.

Guía 12: Guía para la atención de la meningitis meningococcica

La meningitis es el proceso inflamatorio que compromete las leptomeninges (aracnoides y piamadre); han sido reconocidas como síndromes importantes en la acción sanitaria desde el siglo XVI, época desde la cual se encuentran descripciones de la misma.

Esta Guía presenta las recomendaciones para el diagnóstico y manejo de la meningitis en el país.

Objetivo

Formular pautas y recomendaciones para la prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno de los casos de meningitis meningococcica y sus complicaciones en Colombia.

A partir de su formulación se busca disminuir la incidencia de la meningitis meningococcica y controlar las epidemias.

Guía 13: Guía de atención de la hipertensión arterial

La hipertensión arterial sistémica (HTA) es una enfermedad crónica que requiere de asistencia médica continua y educación del paciente y su familia para que comprendan la enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento con el fin de responsabilizarse para alcanzar las metas del tratamiento y prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas.

Este conjunto de estándares y recomendaciones asistenciales intentan proporcionar a los clínicos, pacientes, familiares, investigadores, compañías de seguros y demás personas interesadas, información acerca de los aspectos de la asistencia del hipertenso, las metas terapéuticas y las herramientas para evaluar la calidad de atención.

Objetivos

- Detectar la presencia de factores de riesgo prevenibles asociados a la HTA.
- Detectar en forma temprana la hipertensión arterial sistémica y brindar el tratamiento, de la HTA y los factores de riesgo asociados, para minimizar las complicaciones, las secuelas y la mortalidad.

Guía 14: Guía de atención de las complicaciones hipertensivas asociadas con el Embarazo

La preeclampsia, en Colombia, es la primera causa de mortalidad materna y la segunda causa de mortalidad perinatal; asimismo, produce parto prematuro y retardo en el crecimiento intrauterino. Por estas razones, esta entidad es un marcador epidemiológico negativo en la salud pública de nuestra población.

Este conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia brindará a los diferentes usuarios información acerca de la enfermedad, las formas de diagnóstico y tratamiento para un adecuado manejo del paciente. Cada paciente debe ser evaluado en particular y el clínico definirá si requiere de evaluación y tratamiento por parte de otros especialistas

Objetivo

Diagnosticar y controlar oportunamente las complicaciones hipertensivas del embarazo, orientar el tratamiento adecuado y referir al nivel de mayor complejidad cuando se requiera, para salvar la vida de la madre y su hijo.

Guía 15: Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo

Las complicaciones hemorrágicas durante el embarazo o el parto representan la tercera causa de la morbilidad y mortalidad materna en el país y la primera causa de mortalidad materna en el mundo. Dada la importancia que este tema tiene para el país, la actualización de este documento permite tener información útil para todos los profesionales de la salud.

Los revisores declaran no tener conflicto de intereses frente a las recomendaciones generadas. Estas son acciones terapéuticas y diagnósticas que se sabe y se cree ejercen una influencia favorable en la evolución de los pacientes.

Se sugiere revisar esta Guía en forma periódica como quiera que los avances en terapéutica puedan modificar las recomendaciones presentes y, entonces, tener una vigencia temporal de 3 a 5 años.

Objetivo

Diagnosticar y controlar oportunamente las complicaciones hemorrágicas asociadas con el embarazo a través de la disposición oportuna del diagnóstico y tratamiento adecuado y de las referencias pertinentes a instituciones de mayor complejidad, cuando se requiera, para salvar la vida de la madre y su hijo.

Guía 16: Guía de diagnóstico y manejo de diabetes mellitus

Guía 17: Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere asistencia médica continua y una educación del paciente y su familia para que comprendan la enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento, con el fin de responsabilizarse para alcanzar las metas de tratamiento y prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas. La atención y cuidado del diabético es complejo y requiere del abordaje de variados aspectos sumados al control de la glucemia. Existe evidencia que soporta la amplia gama de intervenciones para mejorar la evolución de la historia natural de la diabetes mellitus.

Este conjunto de estándares y recomendaciones asistenciales intentan proporcionar a los clínicos, pacientes, familiares, investigadores, compañías de seguros y demás personas interesadas, información acerca de los aspectos de la asistencia del diabético, las metas terapéuticas y las herramientas para evaluar la calidad de la atención. Aunque las preferencias individuales, la existencia de comorbilidades y otros factores del paciente puedan influir para modificar las metas, esta Guía brinda los objetivos que más a menudo se persiguen con la mayoría de los pacientes. Cada paciente debe ser evaluado en particular

Objetivos

- Detectar oportunamente los signos y síntomas de la diabetes tipo 1 con el fin de brindar un tratamiento adecuado, y evitar y retardar las complicaciones, secuelas y mortalidad temprana.
- Promover el normal desarrollo sicosocial y físico del niño con diagnóstico de diabetes tipo 1, con el fin de tener una adolescencia y una adultez sin limitaciones.

Guía 18. Guía de atención de la lepra

La lepra es una enfermedad infecciosa con probable susceptibilidad genética y de larga evolución, que se transmite por el contacto directo y prolongado con pacientes de las formas abiertas (bacilíferos) y afecta múltiples órganos causando secuelas en ocasiones irreversibles.

La actualización de la Guía de atención de la lepra constituye un conjunto de recomendaciones asistenciales que intentan proporcionar información acerca del diagnóstico y tratamiento del paciente con lepra.

Guía 19. Guía de atención de la malaria

La malaria es un grave problema de salud pública en el contexto mundial, la Organización Mundial de la Salud estima que, por lo menos, 1.1 millones de personas muere por causa de esta enfermedad (1,2). En Colombia, es una enfermedad endémica en gran parte del país, cuyos casos localizan en zonas por debajo de los 1.600 m.s.n.m. Se estima que más de 25 millones de personas habitan en estas zonas favorables para la generación y transmisión de la enfermedad.

Guía 20. Guía de atención del dengue

Esta Guía de práctica clínica ha sido diseñada con el objeto de proporcionar a las diversas instituciones y trabajadores del área de la salud de diferentes niveles de atención herramientas para el diagnóstico, tratamiento, vigilancia y control de la infección por dengue. Incluye la evaluación de los aspectos clínicos y epidemiológicos de la enfermedad, así como las estrategias de prevención y control.

Objetivo

Establecer los criterios clínicos y de laboratorios útiles para el diagnóstico y de manejo de los casos de dengue clásico y dengue hemorrágico en todo el territorio nacional, con el propósito de brindar una mejor atención a las personas afectadas y, de esta manera, reducir el riesgo de muerte o la ocurrencia de complicaciones.

Guía 21. Guía de atención de la leishmaniasis

La leishmaniasis es un problema creciente de salud pública en el contexto mundial. En Colombia, la situación es de alarma debido al incremento de casos de leishmaniasis cutánea que se viene registrando desde 2003 y el cambio en el patrón epidemiológico dado por la aparición de nuevos focos, el proceso creciente de domiciliación y urbanización del ciclo de transmisión.

Este conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia permitirá a los diferentes usuarios obtener información acerca de la enfermedad, las formas de diagnóstico y tratamiento para un adecuado manejo del paciente.

Cada paciente debe ser evaluado en particular y el clínico definirá si requiere de evaluación y tratamiento por parte de otro especialista.

Guía 22. Guía de práctica clínica fiebre amarilla

La fiebre amarilla es la primera de las enfermedades hemorrágicas virales reconocidas en el mundo, siendo una entidad de gran interés en salud pública por su potencial epidémico y su alta letalidad, además de ser evitable mediante vacunación y controlable por medio de acciones regulares a partir de los sistemas de vigilancia. Se trata de una zoonosis de regiones tropicales que ha causado varias epidemias con elevada mortalidad.

Los únicos continentes donde ocurre en forma endémica son África y América del Sur, lugares donde ocasiona hasta 200.000 casos anualmente

Guía 23. Guía de atención de la enfermedad de Chagas

La enfermedad de Chagas (ECha) es el resultado de la infección por el *Trypanosoma cruzi*. En Colombia, zona endémica para la enfermedad, existe al menos un millón de personas infectadas y tres millones en riesgo. Por lo anterior, el Ministerio de la Protección Social avala la creación de una Guía de atención de la enfermedad de Chagas para el país. (Matallana, s.f.)

CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO

Método

El siguiente trabajo se enfocó en el “Análisis comparativo de cuatro informes de gestión del Plan Operativo 2012, 2013, 2014 y 2015, orientado a mejorar la ocupación de servicios de salud de baja complejidad en el año 2017”, razón por la cual se hará uso de los métodos y técnicas que dispone la investigación evaluativa con técnicas cuantitativas para su abordaje.

Diseñar un análisis del cual existe la formulación planes existentes en la Empresa objeto de estudio se supone o se formula “un juicio acerca de un programa o cualquier otro objeto de evaluación o recoger algunos datos sobre el mismo para emitir un juicio” (Zanini, 2009, citado por Borja & Charry, 2014), en virtud a que los datos recopilados tienen diversidad de procedencia, iniciando por datos reflejados en opiniones o sobre los cambios producidos en el modelo hasta la información sobre la población a la que llega efectivamente la Empresa. Para este caso en particular se considera enmarcada en una “investigación evaluativa”, de corte cuantitativo.

Así mismo, Denzin destacó la necesidad de utilizar varios métodos de observación porque uno solo no es capaz de eliminar hipótesis rivales, “*because each method reveals different aspects of empirical reality, multiple methods of observation must be employed*” (Denzin, 1978, p. 28).

Instrumentos de medición.

De acuerdo con Quintana y Montgomery (2006, p. 65), el análisis documental “*constituye el punto de entrada a la investigación e incluso en muchas ocasiones, es el origen del tema o problema de investigación*”.

Por lo cual se mantiene contacto con los documentos institucionales tales como la intranet, informes de gestión, página web, revistas, folletos entre otros, siendo las fuentes principales de referencia sobre el enfoque y direccionamiento de los informes de gestión realizados por la Empresa Social del Estado, de otro lado también se realizó la caracterización de las zonas de influencia en la cual predomina dicha Empresa específicamente con la población del régimen subsidiado y pobre no asegurada.

Igualmente, Moreiro (citado por Sarassa & Moreno, 2008, p. 21) afirma que:

Es deseable, pues, realizar acercamientos al análisis documental con una perspectiva lingüística, tanto para alcanzar sistemas de recuperación fiables, como para explicar lo sustantivo de la información documental, sin olvidarnos nunca de que esta relación entre la lingüística y la información-documentación está intermediada siempre por el fin de mejorar nuestro conocimiento sobre la organización, representación y recuperación de los contenidos presentes en los documentos, de forma muy especial en aquellos expresados mediante los textos.

El análisis de contenido es un método que buscó descubrir el significado del mensaje estudiado. Es un método de clasificación o de codificación de los elementos del documento analizado bajo diversas categorías resaltando sus características con miras a comprender el sentido exacto y preciso del mensaje. El análisis de contenido es una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones, con el fin de interpretarlas.

Fue a través de esta revisión que fue posible obtener información valiosa para lograr específicamente caracterizar las comunas a las cuales se atiende, entendido como su nivel de escolaridad, actividad económica, estimado de población afiliada al denominado régimen subsidiado ampliando las perspectivas de poder mejorar la ocupación de servicios, así como la

manera como desde un direccionamiento estratégico como misión, visión y líneas de intervención apoyan el objetivo trazado dentro del presente estudio.

El análisis documental se desarrolló en tres prácticas así:

- Rastrear e inventariar los documentos existentes y disponibles.
- Clasificar los documentos reconocidos.
- Seleccionar los documentos más adecuados para los fines de la investigación.

Para llevar a cabo la investigación, se dispuso de una serie de documentos escritos, digitales en relación con los tópicos abordados en esta investigación. Entre ellos vale la pena anotar los siguientes:

- Informes de Gestión de la Red de Salud Norte 2012, 2013, 2014 y 2015
- Rendición de Cuentas 2013, 2014
- Código Ética y Buen Gobierno
- Normatividad.
- Estudios relacionados con la Empresa específicamente con su desempeño administrativo.
- Folletos, revistas, cartas, carteleras, página web, intranet

La observación directa.

Mercier (1966, citado por Sarasa & Moreno, 2008, p. 23), señala que lo fundamental es la recolección de datos y la descripción, lo que comúnmente se llama etnografía; la cual, desde finales del siglo XIX, no se puede separar de la presencia del investigador en el campo. Esta es una herramienta de investigación importante, porque es el instrumento que puede adaptarse a una situación indeterminada, como lo corroboran *Lincoln y Guba* (1985, citados por Sarasa & Moreno, 2008, p. 25).

El método de la observación participante consiste, según S.T. Bruyn, en que el observador participante comparte la vida, las actividades y los sentimientos de las personas, en una relación cara a cara; en este sentido, el observador participante es un elemento normal, no forzado, no simulado, no extraño a la cultura y a la vida de las personas observadas. El papel del observador participante es un reflejo, al interior del grupo observado, del proceso social de la vida del grupo en cuestión (Bruyn, 1966, citado por Sarasa & Moreno, 2008, p. 21).

Se trata de un método de investigación blando (Fortin, 1986, citado por (Arbelaez & Ramos, 2008), por el cuidado que tiene de respetar el medio ambiente natural y social en el cual se inscribe. En el fondo del proceso metodológico se encuentra la interrelación social entre el observador (el investigador) y los sujetos, en el medio ambiente de estos últimos, durante la recolección de la información (Taylor & Bogdan, 1984, citados por Sarasa & Moreno, 2008, p. 23).

En contraste con los métodos en los que las hipótesis y la manera de actuar durante la investigación son determinadas *a priori*, la observación participante permite modificaciones durante el proceso de investigación (Taylor & Bogdan, 1984, citados por Sarasa & Moreno, 2008, p. 23). En la observación participante la clave es el contexto. Sin el contexto no se entiende nada. Los cuestionarios son poco explicativos porque no hay contexto.

Con la observación participante se recuperan la variedad de los contextos y se explica cómo se crean los sentidos. La observación participante es tan potente que llega al fondo de las cosas, pone "el dedo en la llaga", pero hay cosas que no se pueden decir, puede traer problemas o incluso costarle la vida al investigador.

La vinculación directa de una de las autoras en la empresa objeto de estudio, es fundamental para el desarrollo de la investigación, por cuanto cuenta con la experiencia en los

procesos de Salud Mental y Participación Social desde aproximadamente 4 años en la empresa, lo que facilita el logro de los principales aspectos que plantea la observación directa y participante y la otra autora cuenta con una experiencia de 13 años en un laboratorio farmacéutico que la hace cercana a la situación de salud que vive el municipio de Cali y Bogotá.

Alcance de la investigación.

Esta Investigación intentó dar respuesta a los interrogantes inicialmente planteados y a los objetivos establecidos, a través de un análisis comparativo de los Informes de Gestión de los Planes Operativos de los años 2012, 2013, 2014 y 2015, realizando un análisis del entorno externo e interno de dicha empresa y definiendo una serie de estrategias orientadas a mejorar la ocupación de los servicios de salud de baja complejidad para el año 2017

Análisis Cuantitativo

Análisis cuantitativo de las líneas estratégicas de los planes de gestión 2012, 2013, 2014 y 2015.

A continuación se presenta una matriz con la descripción cuantitativa de los resultados obtenidos en cinco líneas estratégicas de los años 2012, 2013, 2014 y 2015, en donde se analiza:

- Primera Línea Estratégica: Fortalecimiento de servicios cálidos y eficientes
- Segunda Línea Estratégica: Intersectorialidad
- Tercera Línea Estratégica: Modernización de la gestión
- Cuarta Línea Estratégica: Sostenibilidad administrativa – financiera.
- Quinta Línea Estratégica: Orientación al usuario. (Empresa de Salud del Estado ESE Norte, 2015)

Esta información fue extraída a través de la revisión de los planes operativos 2012,2013, 2014 y 2015, los cuales se encuentran publicados en la Página Oficial de la Red de Salud Norte E.S.E. (<http://www.esenorte.gov.co/>) Gobierno en Línea, en donde podemos conocer los resultados obtenidos año a año y poder formular una propuesta orientada a obtener el objetivo propuesto en el presente trabajo de mejorar la ocupación de servicios de salud de baja complejidad en una Empresa Social del Estado del Estado en 2017.

Primera línea estratégica: Fortalecimiento de servicios cálidos y eficientes.

Tabla 3. Primera línea estratégica: fortalecimiento de servicios cálidos y eficientes

Línea Estratégica	Indicador	Forma de cálculo	2012	2013	2014	2015	Proyección
FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS CÁLDIDOS Y EFICIENTES PONDERADA 50%	1. Cumplimiento de metas de promoción y prevención	Número actividades realizadas en los programas de pop/ Total de actividades programadas	93.23%	92%	85%	91%	
	2. Tasa de Mortalidad materna prevenible	Número defunciones maternas durante un período especificado / total nacidos vivos	1 (un caso) 1.81 x 100.000	0	1 (1 Caso) 1.81 x 100.000	0 (0 Caso) 45 x 100.000	

Tabla 3. (Continuación).

Línea Estratégica	Indicador	Forma de cálculo	2012	2013	2014	2015	Proyección
	3. Mortalidad perinatal	Número defunciones fetales y defunciones neonatales tempranas durante un período especificado/ Número nacidos vivos + muertes fetales en el mismo periodo	2 (dos casos) 4.1 x1.000 NV	0	3 (Tres casos) 6.7 x 1.000 NV	3 (Tres casos) 6.7 x 1.000 NV	
	4. Proporción de mujeres con controles prenatales	Número de gestantes con 4 o más Controles prenatales / Total de Gestantes inscritas en el Programa de Control Prenatal.	75%	85%	85 %	100%	

Tabla 3. (Continuación).

Línea Estratégica	Indicador	Forma de cálculo	2012	2013	2014	2015	Proyección
	5. Proporción de captación de sintomáticos respiratorios	Numero de sintomáticos respiratorios examinados con BK de esputo / Sintomáticos respiratorios programados	154%	94%	91%	94%	
	6. Proporción de pacientes de TB	Número total de pacientes curados / Total de nuevos BK positivos que ingresaron al corte	97%	71%	83%	74%	
	7. Tasa de Embarazos adolescentes	Numero de gestantes adolescentes 10-19 / Total de adolescentes de 10 a 19 años adscritas a las comunas de la ESE NORTE	18.34	16 x 1000 MEF	21 x 1.000 MEF	16.5 x 1.000 MEF	

Tabla 3. (Continuación).

Línea Estratégica	Indicador	Forma de cálculo	2012	2013	2014	2015	Proyección
	8. Tasa de mortalidad infantil en menores de cinco años	Número de defunciones en menores de cinco años / Número de menores de cinco años	0 %	0 %	0 %	0 %	
FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS CÁLIDOS Y EFICIENTES PONDERADA 50%	10. Oportunidad en la atención de la consulta médica general de primera vez	Sumatoria total días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general por primera vez y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución	3 Días Línea base 2011 3.73	1.5 días	2 días	2.4 días	

Tabla 3. (Continuación).

Línea Estratégica	Indicador	Forma de cálculo	2012	2013	2014	2015	Proyección
	11. Oportunidad en la atención de la consulta médica de urgencias	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico /Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	21.89 minutos	52 minutos	50 minutos.	27 minutos.	

Tabla 3. (Continuación).

Línea Estratégica	Indicador	Forma de cálculo	2012	2013	2014	2015	Proyección
	12. Oportunidad en la atención de consulta odontológica de primera vez	Sumatoria total días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en consulta de odontología general primera vez y la fecha para la cual es asignada la cita/Número total de consultas de odontología general asignadas en la institución	1.59 Días	1 día	1 día	2 días	
	13. Proporción de personal médico capacitado en las guías de atención clínica	Número de personal médico capacitado en el manejo de las guías de atención clínica / Número total del personal médico contratado.	N/D	N/D	100 %	95 %	

Tabla 3. (Continuación).

Línea Estratégica	Indicador	Forma de cálculo	2012	2013	2014	2015	Proyección
	14. Adherencia a guías de manejo clínico	Total de historias clínicas auditadas con adherencia/ Total de h Historias clínicas auditadas	68.27%	79%	91.5 %	85%	
	15. Adherencia a consentimiento informado	Total de consentimientos informados auditados bien diligenciados/ Total de consentimientos informados auditados	97.16%	100%	100%	100%	
	16. Productividad del personal médico	Número de actividades realizadas/(Total horas contratadas*rendimiento hora*días de atención del periodo)	88.14%	87%	92%	95%	
	17. Productividad del personal de odontología	Número de actividades realizadas/(Total horas contratadas*rendimiento hora*días de atención del periodo)	103.1%	134%	114 %	S/D	

Fuente: Elaboración propia.

Segunda línea estratégica: Intersectorialidad.

Tabla 4. Segunda línea estratégica: Intersectorialidad

Línea Estratégica	Indicador	Forma de cálculo	2012	2013	2014	2015	Proyección
INTERSECTORIALIDAD PONDERADA 10%	Mesas de Trabajo en pro de defensa de los derechos de las población discriminada	Mesas de participación realizadas por mes en pro de los derechos de la población discriminada	5	5	77	134	
	Porcentaje de usuarios capacitados en mecanismos de participación social	Total de usuarios capacitados distintos a las ligas de usuarios/ Total de usuarios a capacitar por mes	80.67%	5% de consultas de primera vez	2.194 usuarios correspondientes al 1% del total de usuarios atendidos en la vigencia anterior en consulta medica	371%	

Tercera línea estratégica: Modernización de la Gestión.

Tabla 5. Tercera línea estratégica: Modernización de la Gestión

Línea Estratégica	Indicador	Forma de cálculo	2012	2013	2014	2015	Proyección
MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PONDERADA 25%	Calificación de Autoevaluación de Acreditación	Promedio del resultado de la Autoevaluación de los estándares de acreditación	1.6	2	2.5	3.0	
	Porcentaje de cumplimiento a planes de mejora de estándares de acreditación	Planes de Mejora cerrados / Planes de mejora establecidos	72%	93%	94%	94%	
	Porcentaje de actualización del manual de funciones por competencias	Manual de Funciones por competencias actualizado	N/D	N/D	100%	100%	
	Porcentaje de Evaluaciones de Desempeño Satisfactorias	Número de evaluaciones de desempeño con calificación superior o igual al 80/Total de evaluaciones de desempeño realizadas	100%	100%	Se realizaron 2 autoevaluaciones 100%	100%	

Tabla 5. (Continuación).

Línea Estratégica	Indicador	Forma de cálculo	2012	2013	2014	2015	Proyección
	Cumplimiento Plan de Bienestar	Actividades de bienestar realizadas / actividades de bienestar programadas.	100%	100%	100 %	100%	
	Porcentaje de procesos con reporte de indicadores	Total de procesos con reporte completo / Total de Procesos	100%	100%	100%	100%	
MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PONDERADA 25%	Porcentaje de planes de mejora cerrados derivados del análisis de sus indicadores por proceso	Total de planes de mejora cerrados derivados del análisis de los indicadores / Total de planes de mejora derivados de análisis de indicadores proceso	62%	100%	100%	100%	
	Porcentajes de IPS Conectadas	Número IPS y sedes conectadas/ Total de IPS y Sede Administrativa	100%	100%	N/D	100%	
	Porcentaje de Implementación de Información	Número módulos de Sistema de Información integrados / Total de Módulos a implementar	95.45%	95%	N/D	100%	

Tabla 5. (Continuación).

Línea Estratégica	Indicador	Forma de cálculo	2012	2013	2014	2015	Proyección
	Porcentaje cumplimiento al plan de comunicaciones de la E.S.E. Norte	Total de actividades ejecutadas/Total de actividades diseñadas y programadas en el plan de comunicación	N/D	N/D	N/D	N/D	
	Porcentaje de Base de Datos actualizada	Número de Bases de datos unificadas /Total de bases de datos de la organización.	N/D	N/D	N/D	N/D	
	Porcentaje cumplimiento en reportes de información a los Entes de control	Número de reportes de información enviados / Total de Reportes solicitados por los entes de control	N/D	N/D	N/D	N/D	
MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PONDERADA 25%	Mantenimiento del Certificado del Sistema de Gestión de Calidad NTC ISO 9001:2008 ICONTEC	Continuidad de la certificación del S.G.C. NTC ISO 9001:2008 por parte del ICONTEC		Obtención del Certificado ISO 9001:2008 Hospital JPB	si	100% + el resto de IPS	
	Calificación de auto evaluación de Acreditación	Promedio del resultado de la auto evaluación de los Estándares de Acreditación	N/D	2.0	N/D	3.0	

Tabla 5. (Continuación).

Línea Estratégica	Indicador	Forma de cálculo	2012	2013	2014	2015	Proyección
	Porcentaje de cumplimiento al programa de Auditoria Asistencial	Total de auditorías realizadas / Total de auditorías programadas	100%	100%	N/D	N/D	
	Porcentaje de gestión de eventos adversos (Reportados y Analizados)	Eventos adversos gestionados/Total de eventos adversos reportados	100%	100%	100%	100%	
	Porcentaje cumplimiento del programa de mantenimiento y señalización	Número actividades realizadas de mantenimiento de infraestructura y señalización / Total de Actividades Programadas para el Mantenimiento de la Infraestructura y Señalización.	-	-	100%	N/D	
	Porcentaje cumplimiento al Plan de Mercadeo Institucional	Total de actividades ejecutadas / Total de actividades diseñadas y programadas en el Plan de Mercadeo Institucional	-	-	N/D	N/D	

Fuente: Elaboración propia.

Cuarta línea estratégica: Sostenibilidad Administrativa y Financiera.

Tabla 6. Cuarta línea estratégica: Sostenibilidad Administrativa y Financiera

Línea Estratégica	Indicador	Forma de cálculo	2012	2013	2014	2015	Proyección
SOSTENIBILIDAD ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA PONDERADA 10%	Utilidad Neta	(Ingresos – Costos – Gastos/ Ingresos)	4.17%	3.92%	N/D	N/D	
	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	Valor de la Ejecución de ingresos totales recaudados en la vigencia (incluye recaudo de Cuenta por cobrar de vigencias anteriores)/ Valor de la ejecución de gastos comprometidos incluyendo Cuentas por Pagar de vigencias anteriores.		1.02	85%	N/D	

Fuente: Elaboración propia.

Quinta línea estratégica: Orientación al Usuario.

Tabla 7. Quinta línea estratégica: Orientación al Usuario

Línea Estratégica	Indicador	Forma de cálculo	2012	2013	2014	2015	Proyección
ORIENTACIÓN AL USUARIO PONDERADA 5%	Porcentaje de satisfacción de usuarios	Número de Usuarios satisfechos/Total de usuarios encuestados	96.42%	95%	98%	98%	
	Porcentaje de quejas, reclamos y/o sugerencias con respuesta antes de 15 días	Número de quejas resueltas antes de 15 días/Número de quejas recepcionadas	100%	100%	100 %	100 %	
	Porcentaje de aplicación de encuestas de satisfacción	Número de encuestas aplicadas /Total de encuestas a aplicar	140%	123%	100 %	100%	

Fuente: Elaboración propia.

CAPITULO 4. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL ENTORNO EXTERNO E INTERNO DE LA RED DE SALUD NORTE E.S.E.

Resultados análisis del entorno externo de la Red de Salud Norte E.S.E.

Descripción de las comunas que compone la Red de Salud Norte objeto de estudio.

Comuna 2.

En cuanto a la caracterización socioeconómica de la comuna 2, se encuentra localizada en el norte de la ciudad, limita al sur con el centro del municipio y al norte con el municipio de Yumbo. Al oriente limita con la comuna 4, al sur-occidente con la comuna 19 y al occidente con la comuna 9 y el área rural del municipio de Cali, corregimiento de Golondrinas. Esta comuna cubre el 9,4% del área total del municipio y la Red de Salud Norte, tiene ubicada una Institución Prestadora de Servicios denominada La Campiña, la cual cubre población de Alto Menga entre otras, con un porcentaje de población víctima del conflicto armado asentado en este sector (Universidad ICESI. Municipio de Santiago de Cali, 2007).

La componen 19 barrios y seis urbanizaciones y sectores. Comparativamente esta comuna representa el 7,6% del número total de barrios de todas las comunas de la ciudad. En esta comuna se presenta una de las menores concentraciones de población encuestada en el SISBEN, sólo el 0,5% del total de la ciudad (5.714 personas a junio de 2007, coherente con el alto nivel de los indicadores sociales de la comuna). De la población encuestada en el SISBEN en esta comuna, el 62,7% corresponde al nivel 1 y el 30,6% al nivel 2. Esta tendencia es muy diferente al total de la población encuestada para Cali, en el que el 34% corresponden al nivel 1 y el 42,6% al nivel 2.

La comuna se caracteriza por su orientación en la prestación de servicios (construcción, intermediación financiera, actividades inmobiliarias y servicios sociales y de salud en su mayoría), es importante anotar que en ella se concentra el 41% de las unidades económicas fabricantes de maquinaria de oficina de toda la ciudad. En conclusión, esta comuna se caracteriza por su vocación de servicios, y en especial por la alta concentración de servicios sociales y de salud, construcción, entre otros.

La actividad económica no se concentra en las viviendas y por el contrario se caracteriza por estar circunscrita a establecimientos con uso únicamente económico. Es de anotar que la institución de salud atiende a un rango específico de esta población ubicado en la zona de ladera específicamente en población víctima del conflicto armado y no tiene cobertura para el resto de la población del régimen contributivo.

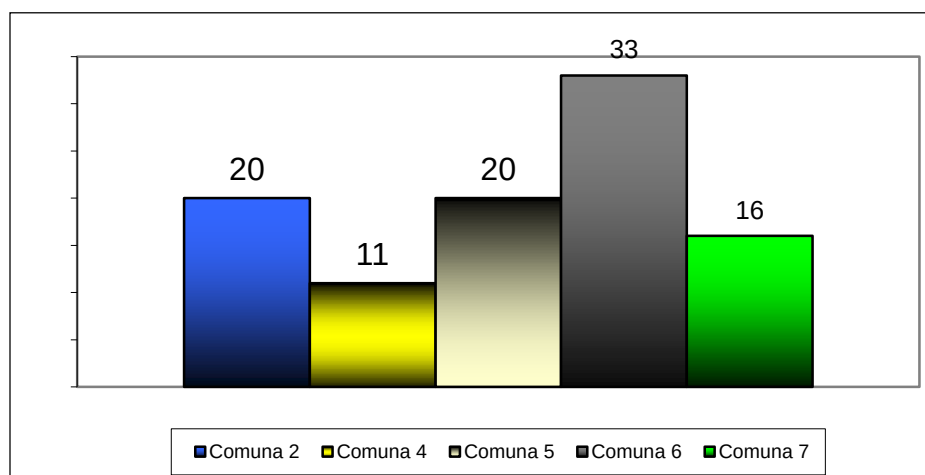


Gráfico 2. Distribución de población por comunas Red de Salud Norte E.S.E.

Fuente: Los autores a partir de (Alcaldía de Santiago de Cali, 2010).

Comuna 4.

La otra comuna en la cual se encuentran ubicadas cuatro (4) instituciones de salud de las diez y siete (17) en mención, es la 4, ubicada al nororiente de la ciudad. Limita al oeste con el centro de Cali y la zona industrial de San Nicolás, al norte con la comuna 2, al oriente limita con las comunas 5 y 6 y al sur con las comunas 7 y 8. La comuna 4 cubre el 3,7% del área total del municipio de Santiago de Cali con 452,5 hectáreas. La constituyen veinte barrios y dos urbanizaciones y sectores. Representa el 8,1% del número total de barrios de la ciudad (Universidad ICESI. Municipio de Santiago de Cali, 2007).

Para la atención de la población de esta comuna hay dispuestos los centros de atención denominados La Isla, Popular, Porvenir y Calima para el 2.8% de población que cubre este sector con una distribución por género similar al consolidado del municipio de Cali (47.1% hombres y 52.9% mujeres), Dentro de esta población el 22.4% se reconoce como afroamericano o afrodescendiente y un 0.5% es indígena. Así mismo, es interesante conocer que la pirámide poblacional de esta comuna ha comenzado a invertir su forma, al contraerse su base.

En otras palabras, la proporción de personas en edades menores a 15 años es relativamente inferior a la población entre 15 y 30 años. Esto muestra un proceso de “envejecimiento” relativo de la población de esta comuna, implicando una mayor frecuencia en servicios de salud especialmente en programas de control de hipertensión y diabetes, un agravante social de abandono de adultos mayores y una población vulnerable por el consumo de sustancias psicoactivas.

En esta comuna se presenta una concentración de la población encuestada en el SISBEN del 1,8% del total de la ciudad (21.556 personas a junio de 2007). De la población encuestada en el SISBEN en esta comuna, el 54,6% corresponde al nivel 2 y el 25,4% al nivel 1. Este

comportamiento es muy diferente al total de la población encuestada para Cali, en el que el 42,6% corresponde al nivel 2 y el 34% corresponde al nivel 1 (Universidad ICESI. Municipio de Santiago de Cali, 2007). El 4,1% de las unidades económicas de la ciudad se encontraban en el 2005 en esta comuna, de las cuales 59,9% pertenecen al sector comercio, 28,1% al sector servicios y 12% a industria.

Esta composición no es muy diferente al total de la ciudad donde el comercio predomina, representando el 60,4% de todas las unidades económicas de la ciudad. Finalmente, si bien la comuna se caracteriza por su vocación de comercio, es importante anotar que en ella se concentra el 20% de las unidades económicas fabricantes de maquinaria y aparatos eléctricos y el 28% de los fabricantes de vehículos automotores.

Dentro los centros de salud ubicados en la comuna 4, se encuentra Porvenir, el cual viene presentando disminución en la demanda de servicios por su ubicación dentro de la zona industrial, haciendo que los programas de promoción y prevención que se ofertan no tengan el impacto esperado por el poco flujo de familias en este específico sector.

Es importante anotar que dos de las cuatro instituciones de salud que forman parte de la comuna 4, se encuentran en una zona de vulnerabilidad por el consumo y microtráfico de sustancias psicoactivas, además que dichas zonas son circundadas por el margen del Río Cali. En conclusión, esta comuna se caracteriza por su orientación de comercio y un considerable grado de informalidad.

Comuna 5.

En lo concerniente a la caracterización de la comuna 5, esta se encuentra en el norte de la ciudad. Delimita por el sur con la comuna 7, por el oriente y el norte con la comuna 6, y al

occidente con la comuna 4. La comuna 5 está compuesta por seis barrios que representan el 2,4% del total y 6 urbanizaciones y sectores que corresponden al 6,7%. Por otro lado, posee 653 manzanas, es decir el 4,7% del total en toda la ciudad (Universidad ICESI. Municipio de Santiago de Cali, 2007).

En cuanto a población, en esta comuna habita el 4,9% de la población total de la ciudad, es decir 100.358 habitantes, de los cuales el 45,9% son hombres (46.090) y el 54,1% restante mujeres (54.268).

Al considerar la distribución de la población por edades, se encuentra una gran similitud entre hombres y mujeres. Así mismo, es interesante observar que la pirámide poblacional ha comenzado a invertir su forma, al contraerse su base. En otras palabras, la proporción de personas en edades menores a 15 años es relativamente menor que la población entre 15 y 30 años. Esto muestra un proceso de “envejecimiento” relativo de la población de esta comuna, haciendo que sea una población que requiera de servicios de salud especialmente en programas de enfermedades crónicas no transmisibles.

En cuanto a la estratificación de las viviendas de esta comuna, tenemos que el estrato más común es el 3 (estrato moda), este también es el estrato moda para toda la ciudad, haciendo que muchos habitantes pertenezcan al régimen contributivo.

La Institución Prestadora de Servicios ubicada en la Comuna 5, es el Centro de Salud La Rivera, el cual después del Hospital Joaquín Paz Borrero, ocupa el segundo lugar en atención dado que cuenta con diversos servicios que son demandados por población de otros sectores del municipio de Cali.

En esta comuna se presenta una de las menores concentraciones de población encuestada en el SISBEN, solo 0,2% del total de la ciudad (2.240 personas a junio del 2007) (Universidad ICESI. Municipio de Santiago de Cali, 2007).

De la población encuestada en el SISBEN en esta comuna, el 96,2% corresponde al nivel 3 y sólo el 2,9% al nivel 2. Este comportamiento es muy diferente al total de la población encuestada para Cali, en el que el 23,4% corresponde al nivel 3 y el 42,6% corresponde al nivel 2. Es importante anotar que la metodología actual aplica en el SISBEN, el nivel 3 ya no existe siendo considerada esta población en nivel 2.

Comuna 6.

Otra de las comunas en las cuales se encuentran ubicados los centros de salud es la Comuna 6, ubicada en el nororiente de la ciudad. Limita por el sur con la comuna 5, por el suroriente con la comuna 7, y por el occidente con las comunas 2 y 4. Cubre el 4,1% del área total del municipio de Santiago Cali con 501,2 hectáreas.

La comuna 6 está compuesta por 10 barrios y cuatro urbanizaciones o sectores, cobija Centro y Puesto de Salud Floralia, San Luis I y II, Petecuy II y III, zona denominada Territorio de Inclusión y Oportunidad TIOS, estrategia de intervención con enfoque a generar equidad en lugares donde se registra indicadores críticos de pobreza, violencia e inseguridad.

Comparativamente, esta comuna cuenta con el 4% de barrios de toda la ciudad. Sus urbanizaciones y sectores corresponden al 4,5% del total. Por otro lado, posee 864 manzanas, es decir, el 6,2% del total de manzanas en toda la ciudad.

En cuanto a la población habita el 8.2 del total de la ciudad, es decir 166.906 habitantes, de los cuales el 47,8% son hombres (79.850) y el 52,2% restante mujeres (87.056). Esta

distribución de la población por género es similar a la que presenta el consolidado del municipio de Cali (Universidad ICESI. Municipio de Santiago de Cali, 2007).

Por otro lado, la composición étnica de la población de esta comuna se asemeja a la composición de la ciudad; puesto que en esta comuna el 20,6% de sus habitantes se reconoce como afrocolombiano o Afrodescendiente, mientras en la ciudad este porcentaje alcanza el 26,2%. De igual forma, la participación de la población indígena corresponde al 0,4% de la población total, porcentaje muy parecido al del total de Cali (0.5%).

En esta comuna se presenta una de las mayores concentraciones de población encuestada en el SISBEN, 10,9% del total de la ciudad (128.508 personas a junio del 2007).

Esto es reflejo del relativo bajo nivel de los indicadores sociales de la comuna. De la población encuestada en el SISBEN en esta comuna, el 59,6% corresponde al nivel 2 y el 32,2% al nivel tres. Este comportamiento es muy diferente al total de la población encuestada para Cali, en el que el 34% corresponde al nivel 1 y el 42,6% al nivel 2. Niveles de SISBEN diferentes.

Para esta comuna encontramos que el 57,9% corresponde a comercio, mientras que para el total de la ciudad el sector genera únicamente el 36,4% de los puestos de trabajo. De esas unidades económicas, el 98,7% corresponde a microempresas, 1,16% a pequeñas, y el 0,2% a medianas (las empresas fueron clasificadas según el número de empleados).

De igual manera, si se emplea el pago de parafiscales como una medida de la formalidad de la unidad económica, encontramos que en esta comuna el 77,7% de las unidades económicas son formales. Por otro lado, el 3,9% de las unidades económicas de esta comuna corresponden a puestos móviles y el 47,3% a viviendas con actividad económica (Universidad ICESI. Municipio de Santiago de Cali, 2007).

Al comparar estos porcentajes con lo observado para el total de Cali, sobresale el hecho que en esta comuna se presenta un porcentaje ligeramente menor de puestos móviles, así como un porcentaje mayor de viviendas con actividad económica que en el total de la ciudad.

En el gráfico 3 se puede observar la tasa de asistencia educativa en la comuna 6 de los barrios denominados Territorios de Inclusión y Oportunidades Sociales (TIOS), donde finalmente, si bien la comuna se caracteriza por su vocación comercial, es importante anotar que en ella se concentra el 5,7% de las unidades económicas fabricantes de prendas de vestir. Adicionalmente en el sector servicios, esta comuna se caracteriza por prestar 5,2% de los servicios comunitarios, sociales y personales de la ciudad.

Dentro de esta comuna se encuentran ubicados seis (6) centros de salud que cubren un número considerable de población afiliada al régimen subsidiado, población que por las características socioculturales que están inmersas dentro de ella, se presenta alto número de embarazos en adolescentes, casos de sospecha de abuso sexual y violencia intrafamiliar, así como otros grupos de jóvenes involucrados en delincuencia y consumo de sustancias psicoactivas, orientando las acciones de la Red de Salud del Norte a participación en proyectos con otras instituciones como Colectivo Norte y definir estrategias denominadas Servicios Amigables para tratar aspectos propios de jóvenes de proyecto de vida, salud sexual y reproductiva y prevención en consumo de sustancias psicoactivas (Universidad ICESI. Municipio de Santiago de Cali, 2007).

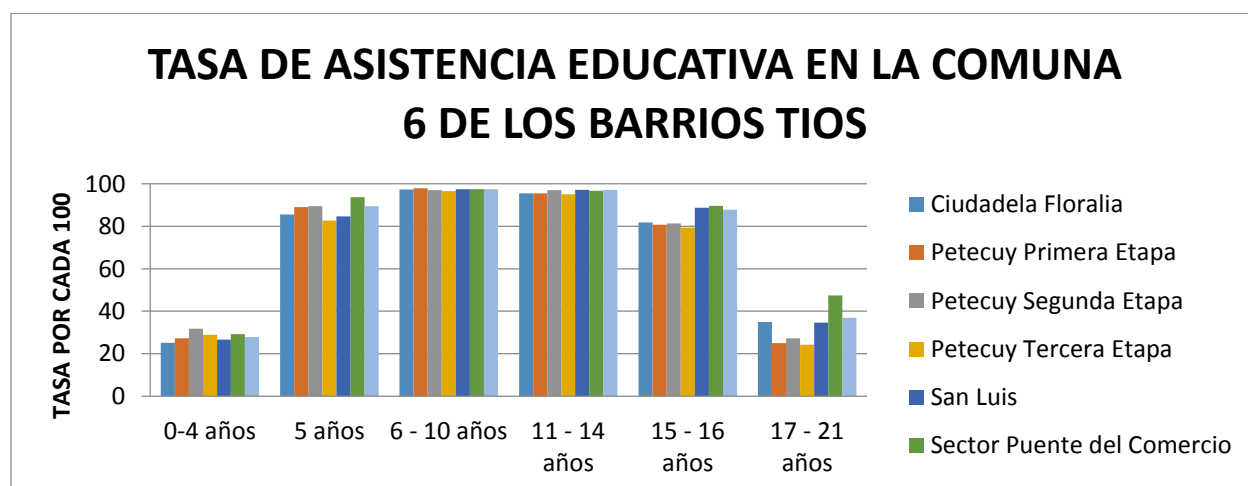


Gráfico 3. Tasa de asistencia educativa en la comuna 6

Fuente: Los autores a partir de (Alcaldía de Santiago de Cali, 2010).

En el gráfico 4 se puede analizar la actividad de la población de la Comuna 6 por los Barrios denominados Territorios de Inclusión y Oportunidades Sociales (TIOS).

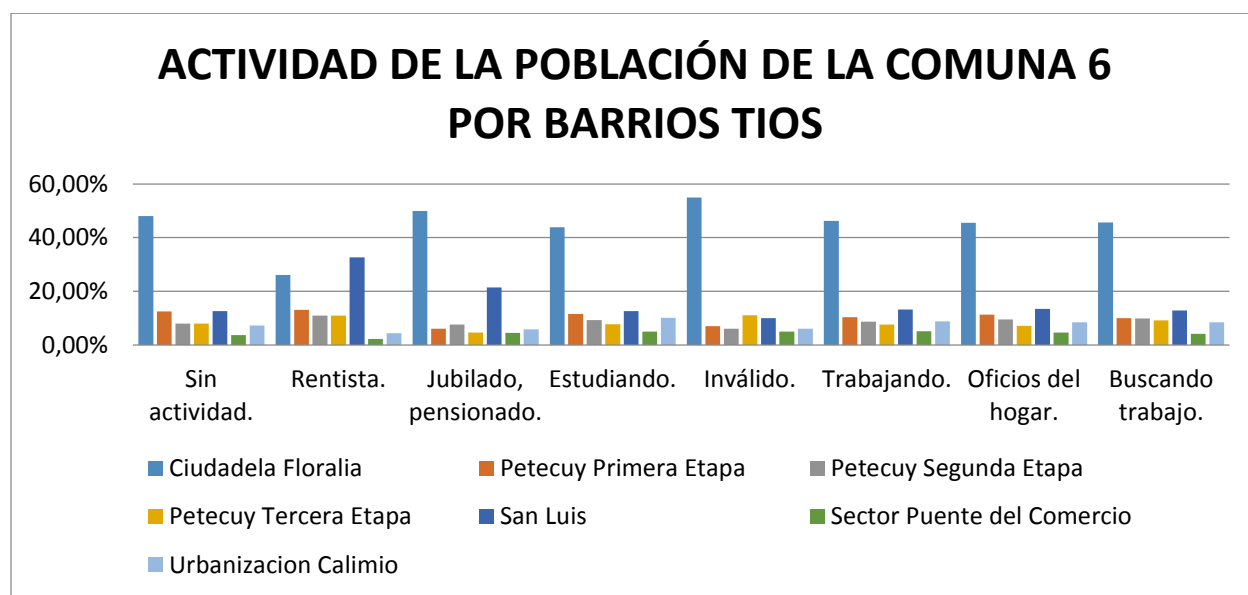


Gráfico 4. Actividad de la población de la comuna 6 por barrios TIOS

Fuente: Los autores a partir de (Alcaldía de Santiago de Cali, 2010).

Comuna 7.

A esta comuna están asignados el Hospital Joaquín Paz Borrero de baja complejidad y las Instituciones Prestadoras de Servicios denominadas López III, 7 de Agosto, Ceibas-San Marino y Puerto Mallarino.

Esta comuna se encuentra ubicada en el oriente de la ciudad. Limita por el sur con las comunas 13, 14 y 21; por el suroriente con las comunas 4 y 5; y por el occidente con las comunas 2 y 4. La comuna 7 cubre el 4,1% del área total del municipio de Santiago Cali con 498,8 hectáreas, que en términos comparativos corresponde aproximadamente al área promedio por comuna de la capital vallecaucana.

La comuna 7 está compuesta por diez barrios y cuatro urbanizaciones o sectores. Comparativamente, esta comuna cuenta con el 4% de barrios de toda la ciudad. Las urbanizaciones y sectores de esta comuna corresponden al 3,4% del total.

En el siguiente gráfico se puede observar la Tasa de Cobertura en Salud por cada 1000 Habitantes de la Comuna 7.

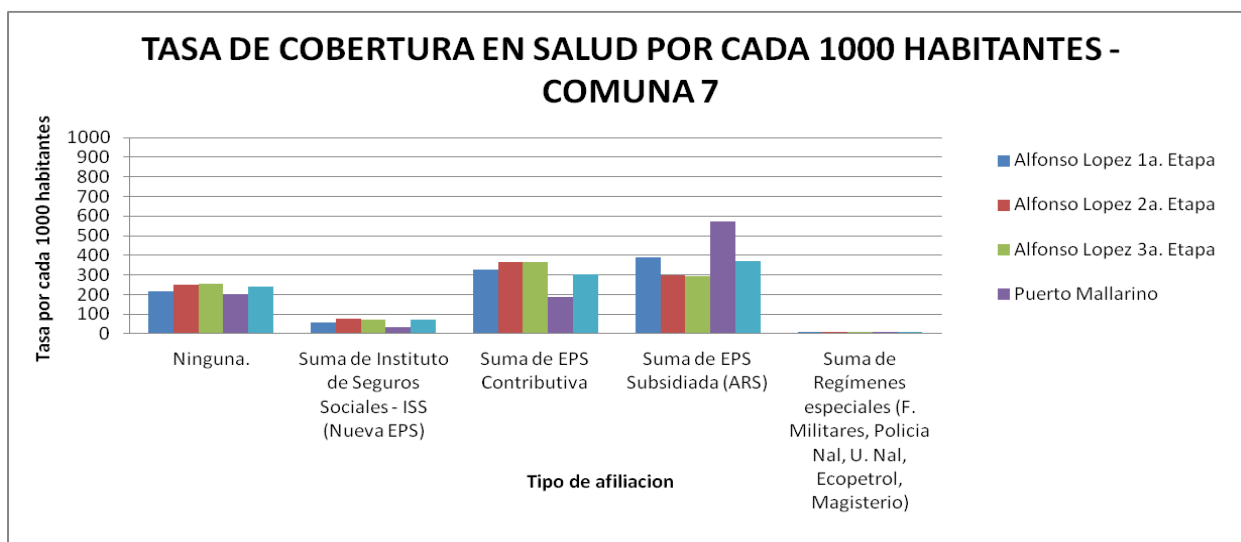


Gráfico 5. Tasa de cobertura en salud por cada 1000 habitantes comuna 7

Fuente: Los autores a partir de (Alcaldía de Santiago de Cali, 2010).

Por otro lado, esta comuna posee 864 manzanas, es decir el 3,5% del total de manzanas en toda la ciudad. En cuanto a población, en esta comuna habita el 3,8% de la población total de la ciudad, es decir 78.097 habitantes, de los cuales el 47,9% son hombres (37.421) y el 52,1% restante mujeres (40.676). Esta distribución de la población por género es similar al que se presenta para el consolidado de Cali (47,1% son hombres y el 52,9% mujeres).

En cuanto a composición étnica, en esta comuna el 37,8% de sus habitantes se reconoce como afrocolombiano o afrodescendiente, mientras ese índice para la ciudad es de cerca de 26,2%. De igual forma, la participación de la población indígena corresponde al 0,4% de la población total, porcentaje similar al del total de la ciudad (0,5%).

Al considerar la distribución de la población por edades, se encuentra similitud entre hombres y mujeres. Así mismo, es interesante observar que la pirámide poblacional de esta comuna presenta una alta concentración de población para las cohortes cercanas a su base.

En otras palabras, la proporción de personas en edades menores a 29 años es relativamente mayor que la población entre 30 y 49 años y más. Esto conduce a que dicha población demande programas como crecimiento y desarrollo, programa joven y la tendencia marcada de embarazos en adolescentes.

En cuanto a la estratificación de las viviendas de esta comuna, se observa que el estrato más común es el 3 (estrato moda), cualidad que comparte con la totalidad de la ciudad. En los estratos 1 y 2 se concentra el 48% de todos los lados de manzanas de la comuna. En resumen, esta comuna concentra el 3,8% de la población total de la ciudad en un área que corresponde al 4,1% de la ciudad.

En esta comuna se presenta el 6% de la población encuestada en el SISBEN del total de la ciudad (70.253 personas) (a junio del 2007) (Universidad ICESI. Municipio de Santiago de Cali, 2007).

De la población encuestada en el SISBEN en esta comuna, el 13,7%, 56,8% y 29,4% corresponden a los niveles 1, 2 y 3, respectivamente. Este comportamiento es muy diferente al total de la población encuestada para Cali, en el que el 34% corresponde al nivel 1 y el 42,6% al nivel 2. Niveles de SISBEN diferentes a los mencionados anteriormente, no se presentan o su ponderación al interior de la comuna es insignificante.

Es importante destacar que actualmente el SISBEN solo tiene dos niveles dentro de su estratificación, aquellos usuarios que se les asignó nivel 3 se conservan en cuanto al servicio de salud únicamente.

De acuerdo con el Censo Económico de 2005, el 3,1% de las unidades económicas de la ciudad se encontraba en esta comuna, de las cuales 8,9% pertenecen al sector industria, 66,7% al sector comercio y 24,4% al sector servicios.

Esta composición es consecuente con el total de la ciudad donde el comercio predomina, representando el 60,4% de todas las unidades económicas. Así, esta comuna presenta una vocación mayor que toda la ciudad hacia el comercio.

Finalmente, si bien la comuna se caracteriza por su vocación comercial, es importante anotar que en ella se concentra el 5,3% de las unidades económicas fabricantes de productos a base de metal. Adicionalmente en el sector servicios, esta comuna se caracteriza por prestar 7,7% de los servicios de reciclaje de desperdicios de la ciudad.

Es así como dentro de la caracterización de las comunas bajo la influencia de la Empresa Social del Estado se contempla el segmento demográfico definido por Dess, (2011), en el cual define como los elementos del entorno general más fáciles de comprender y cuantificar ya que incluyen hechos o información que registra la sociedad, se incluyen elementos como la esperanza de vida, aumento o disminución de riqueza, cambios en la composición étnica, distribución geográfica de la población y diferencias en los niveles de ingresos, educación (Universidad ICESI. Municipio de Santiago de Cali, 2007).

A continuación se mencionan las instituciones de acuerdo a la comuna que están distribuidas en la Empresa Social del Estado.

En el siguiente gráfico se puede analizar la actividad económica de la población de la Comuna 7 por barrios denominados Territorios de Inclusión y Oportunidades Sociales (TIOS).

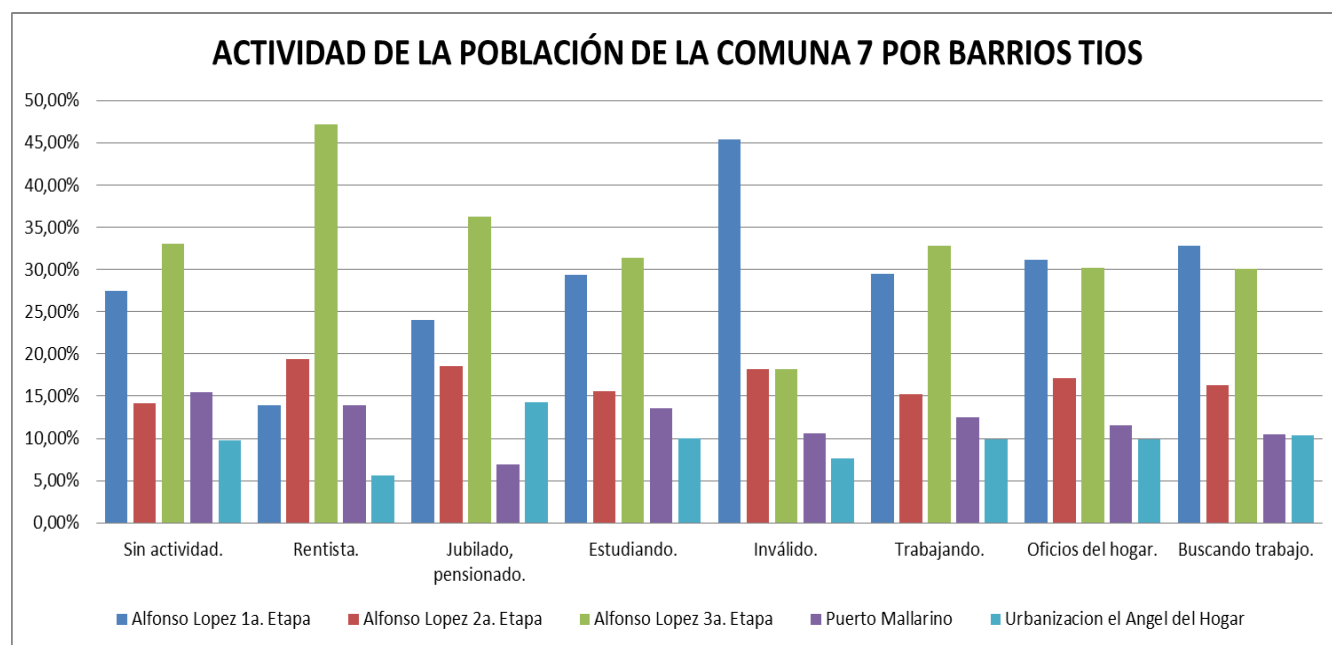


Gráfico 6. Actividad económica de la población de la comuna 7 por barrios TIOS

Fuente: Los autores a partir de (Alcaldía de Santiago de Cali, 2010).

Distribución de los servicios de salud prestados en la Red de Salud Norte, año 2012.

Tabla 8. Cantidad de consultorios y Especialistas Médicos que atienden en la Red de Salud del Norte. Comunas 2, 4, 5, 6 y 7

Institución	Número de Consultorios					Personal Médico				
	Medicina general	Medicina Especial.	Pediatría	Gineco-Obstetricia	Odontología	Generales	Especialistas	Odontólogos	Adscritos Generales	Especial.
Red de Salud del Norte	39	-	-	2	10	36	5	24	1	4
COMUNA 2										
P. S. La Campiña	1	-	-	-	1	1	-	2	-	-
COMUNA 4										
C. S. Porvenir	2	-	-	-	1	2	-	1	-	-
C. S. Popular	3	1	-	1	1	3	1	2	-	1
P. S. La Isla	1	-	-	-	1	1	-	1	-	-
C. S. Calima	2	-	-	-	1	2	-	1	-	-
COMUNA 5										
C. S. La Rivera	12	2	-	1	3	6	2	4	1	1
COMUNA 6										
P. S. San Luis I	1	-	-	-	1	1	-	1	-	-
P. S. Petecuy II	2	-	-	-	1	2	-	1	-	-
P. S. Petecuy III	2	-	-	-	-	2	-	1	-	-
C. S. Floralia	2	1	-	-	-	6	1	2	-	1
P. S. Floralia	1	1	-	-	-	1	-	1	-	-
C. S. San Luis II	3	1	-	-	-	3	1	2	-	1
COMUNA 7										
P. S. Alfonso López III	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-
C. S. Puerto Mallarino	4	-	-	-	-	3	-	2	-	-
P. S. Siete de Agosto	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-
P. S. Ceibas-San Marino	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-

Fuente: (Planeación Municipal, 2014).

En esta tabla 8 se puede apreciar en las comunas 2, 4, 5, 6 y 7 la cantidad de consultorios y Especialistas Médicos que atienden en la Red de Salud Norte.

Análisis del entorno interno de la Red de Salud Norte E.S.E.

El objeto de las Empresas Sociales del Estado, es la prestación de servicios de salud, como un servicio público de seguridad social, que contribuya al mejoramiento del estado de salud de la población en sus áreas de influencia; con capacidad para ofrecer servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación acorde con las necesidades determinadas en el perfil epidemiológico y con sujeción al Plan Sectorial de Salud, al Plan de Desarrollo Municipal y a los criterios operacionales señalados para el funcionamiento de la red de servicios del Departamento del Valle del Cauca, sin perjuicio de que pueda prestar otros servicios de salud que no afecten su objeto social y que contribuyan a su desarrollo y financiación (Secretaría de Salud Pública Municipal, 2003).

Valores:

Los valores institucionales que inspiran y soportan la gestión de la Red de Salud del Norte, en armonía con su Sistema de Gestión de calidad son los siguientes:

- **Equidad:** ejercer igualdad en nuestras acciones en relación con nuestro público de interés, de acuerdo con el alcance de la empresa y las limitaciones legales.
- **Compromiso:** nuestros comportamientos sean reflejo de responsabilidad, sentido de pertenencia y amor para con la empresa y nuestros usuarios.
- **Calidez:** acciones que generen, confianza, respeto y afecto en nuestras relaciones con quienes representan nuestro público de interés.
- **Excelencia en el servicio:** que nuestros comportamientos nos caractericen por la tendencia a lograr una mayor efectividad y satisfacción de nuestros clientes internos y externos. (Secretaría de Salud Pública Municipal, 2003)

Misión:

Somos una Empresa Social del Estado que Contribuye a mejorar la calidad de vida de la población. Fortaleciendo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Que genera bienestar mediante el acompañamiento de un equipo humano competente, comprometido e idóneo. Garantizando una administración eficiente, rentable socialmente y acorde a la normatividad. (Universidad ICESI. Municipio de Santiago de Cali, 2007)

Visión:

Ser la mejor Empresa Social del Estado en el año 2016. Reconocida por la calidez en la prestación de los servicios de Salud, rentabilidad Social y el manejo eficiente de los recursos. (Secretaría de Salud Pública Municipal, 2003)

Objetivo general:

Diseñar implementar, evaluar y hacer seguimiento al Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la atención en salud en la RED DE SALUD DEL NORTE ESE, que permita establecer la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada en los procesos, de acuerdo a la normatividad definida por el Ministerio de la Protección Social. (Secretaría de Salud Pública Municipal, 2003)

Objetivos estratégicos:

El análisis de la plataforma estratégica definida y el diagnóstico institucional antes presentado, fueron insumos para la revisión y discusión de los objetivos institucionales, de la cual surgen las siguientes reformulaciones:

1. Línea Estratégica: Fortalecimiento de Servicios

Objetivo Estratégico: Adecuar los servicios de salud de baja complejidad de acuerdo con las necesidades de nuestros usuarios, en condiciones de oportunidad, accesibilidad, pertinencia, seguridad y continuidad.

2. Línea Estratégica: Intersectorialidad

Objetivo Estratégico: Propiciar espacios que estimulen la participación social y la cultura de la cooperación interinstitucional, que permitan articular las diferentes dimensiones de las oportunidades de mejora de la Red de Salud del Norte

3. Línea Estratégica: Modernización de la Gestión

Objetivo Estratégico: Promover el posicionamiento municipal, departamental y nacional

4. Línea Estratégica: Sostenibilidad Administrativa y Financiera

Objetivo Estratégico: Lograr la sostenibilidad administrativa y financiera bajo el principio de la rentabilidad social.

5. Línea Estratégica: Orientación al usuario

Objetivo Estratégico: Potenciar dentro de la empresa una cultura de excelencia en la atención del cliente / usuario y cliente institucional, reconociéndolo como el pilar de nuestro funcionamiento

6. Línea Estratégica Transversal: Implementar el Sistema Único de Acreditación en Salud con enfoque al usuario y su familia, prestando servicios de salud con los más altos estándares de calidad, con el fin de ser la primera Empresa Social del Estado de baja complejidad acreditada del Municipio de Santiago de Cali. (Secretaría de Salud Pública Municipal, 2003)

Lo anterior dentro de un marco organizacional que apunta a lograr un fortalecimiento de servicios, estrategias de intervención, los cuales brindarán la posibilidad de una mejor cobertura de servicios y mejora en la calidad de vida de las comunidades de influencia en el nororiente de la ciudad. (Ver Gráfico 7).



Gráfico 7. Líneas Estratégicas Plan de Gestión 2012-2016

Fuente: Los autores a partir de (Alcaldía de Santiago de Cali, 2010).

Resultados de la observación directa de la Red de Salud Norte E.S.E.

Acorde a la revisión del entorno interno en la Empresa Social del Estado, se ha realizado un diario de campo desde el inicio del trabajo de investigación, con el fin de consignar aspectos relacionados con el desarrollo de los programas que se manejan al interior de la Empresa y los avances dados observados desde la vinculación de una de las autoras del presente trabajo de grado, teniendo como base los informes de gestión del Plan Operativo años 2012, 2013, 2014 y 2015.

La mirada de la empresa se inició sobre una base con un nivel de endeudamiento alto lo que de cierta manera limitaba las inversiones dentro de la misma, a nivel tecnológico no contaba con equipos suficientes que permitieran mantener la sistematización de los procesos y especialmente los registros clínicos, la cual se desarrolló en forma manual, no teniendo la oportunidad de dar una atención integral a los usuarios, especialmente en las Instituciones Prestadoras de Servicios IPS de la Empresa Social del Estado objeto de estudio.

Así mismo algunos de los procesos a nivel asistencial figuraban en manuales físicos, los cuales no podían tener la oportunidad de ser actualizados de una manera rápida y objetiva.

El Hospital Joaquín Paz Borrero se preparaba para lograr la acreditación en el Sistema de gestión de calidad la NTC ISO 9001: vs 2008, a fin de incentivar la implementación de buenas prácticas, afianzar la competitividad de la Empresa Social del Estado y de esta manera proporcionar una información clara y oportuna a los usuarios, como también mantener la implementación de MECI 1000:2005 (Modelo Estándar de Control interno)

De otro lado se identificaban problemas de conectividad a nivel de las Instituciones Prestadoras de Servicios IPS, lo cual no permitía tener la unificación de datos confiables, para la toma de decisiones desde la parte gerencial y elaboración de informes a nivel administrativo, asistencial y financiero.

Se veía el dinamismo gerencial para lograr la implementación de una estrategia de posicionamiento corporativo a través de la adecuación de mejoras físicas tales como fachadas, salas de espera, baños, pintura interna y una señalización estandarizada en los diferentes centros y puestos de salud.

Así como el fortalecimiento del área de comunicaciones a nivel interno para el afianzamiento de una cultura organización.

Es así como en el espacio de estos cuatro años se ha vivido y compartido cambios importantes dentro de la Empresa, que la han llevado a un nivel alto de posicionamiento dentro del resto de Empresas Sociales del Estado de la ciudad de Cali, caracterizado por una mejora continua en sus diferentes procesos, los cuales se detallarán a continuación y que tendrán parte de este estudio y el cumplimiento de los objetivos generales y específicos.

En cuanto al área de promoción y prevención se ha mantenido el foco principalmente en el grupo de gestantes a fin mantener la tasa de mortalidad por debajo de 45 por cada 100.000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad perinatal por debajo de 12.3 x cada 1000 NV (Red de Salud Norte ESE, 2014), así como el fortalecimiento de los programa de tuberculosis aumentando en un 10% la captación de sintomáticos respiratorios y garantizar un 70% de pacientes curados, mantener la tasa de embarazos en adolescentes por debajo del referente nacional a través de la estrategia de salud sexual y reproductiva como también mantener la tasa de mortalidad en menores de 5 años a través de la estrategia de Atención Integral a la Enfermedades Prevalentes de la Infancia denominada “AIEPI”.

En cuanto al incremento en la oportunidad y accesibilidad a los servicios de consulta externa y urgencias se ha logrado realizar a través de la mejora en el agendamiento de citas vía telefónica e internet, logrando ubicar atenciones por debajo de la meta propuesta de tres días, en muchos casos se puede acceder el mismo día a una atención médica y/o odontológica.

En cuanto a la gestión en los registros clínicos se incluyó dentro de los procesos de inducción y reinducción un entrenamiento en el manejo del software denominado R-Fast y se hace mejora al sistema de adherencia a los consentimientos informados en procedimientos más frecuentes como prueba de VIH, inserción de implante subdérmico y DIU.

Esto ligado con la sistematización de la historia clínica en cada de una de las instituciones prestadores de salud, la Empresa Social del Estado cuenta con diez y siete (17) Instituciones Prestadoras de Servicios y una sede administrativa, todas interconectadas con una facturación sistematizada e internet.

En la parte de mejora continua se han podido establecer indicadores en cada proceso para poder realizar seguimiento a la gestión de los mismos y la evidencia el análisis de los indicadores

y el establecimiento de plan de acción cuando es requerido para lograr un cierre efectivo de los planes de mejora trazados.

En 2014 dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto 943 de mayo 21 del mismo año, por lo cual se debe hacer la actualización de MECI, se dio cumplimiento a un 96% de todas las actividades definidas en esta nueva normatividad (Red de Salud Norte ESE, 2014) y de igual manera se logró la implementación del sistema de costos en el software de R-FAST. De igual manera se atendió para el mes de agosto de 2014, la auditoria del sistema de calidad realizada por el INCONTEC donde se obtuvo la continuidad de la certificación del sistema de calidad.

De igual manera la Empresa ha mantenido su enfoque en el usuario a fin de responder a las necesidades y expectativas mediante los valores de oportunidad, accesibilidad, seguridad, pertenencia buscando la fidelización de los usuarios a través del entrenamiento de los funcionarios buscando reconocer la importancia y el impacto que generan al interior de la Empresa y el respeto por los derechos de los usuarios, es así como este proceso se ha fortalecido a través de la ubicación de personal en las diferentes IPS, donde puedan mantener la satisfacción de los usuarios y el manejo de insatisfacciones generalmente por la oportunidad de la atención.

Resultados del análisis cualitativos de las líneas estratégicas de los planes de gestión 2012, 2013, 2014 y 2015

Una vez se realizada la matriz cuantitativa de los resultados obtenidos en las líneas estratégicas de los planes operativos generados por la Red de Salud Norte durante los periodos 2012, 2013, 2014 y 2015, se procede a realizar un análisis cualitativo teniendo como base lo revisado durante el presente trabajo de investigación y orientado al cumplimiento del objetivo general definido en mejorar la ocupación de servicios de salud de baja complejidad en el año 2017 y buscando dar respuestas a las preguntas de investigación formuladas.

Análisis cualitativo de la primera línea estratégica denominada Fortalecimiento de servicios cálidos y eficientes de los planes de gestión 2012, 2013, 2014 y 2015.

Se aborda inicialmente los resultados obtenidos en la primera línea de investigación relacionada al Fortalecimiento de Servicios Cálidos y Eficientes a través de los siguientes indicadores:

1. Cumplimiento de metas de promoción y prevención: En cuanto al análisis comparativo de esta área primordial dentro de la estructura de servicios, representado en la detección temprana de la enfermedad en los diferentes grupos poblaciones, se identifica que durante tres años, el porcentaje estuvo en promedio en un 90%, un solo año correspondiente al 2014, se presentó por debajo de este porcentaje, bajo este análisis se da recomendaciones de alinear las actividades de la Resolución 3384 de 2000 a la Resolución 4505 de 2014, igualmente mantener las jornadas de aseguramiento de la población adscrita a la ESE Norte y mantener una retroalimentación continua con los funcionarios sobre el cumplimiento de las metas a fin de ajustar las estrategias en demanda inducida.

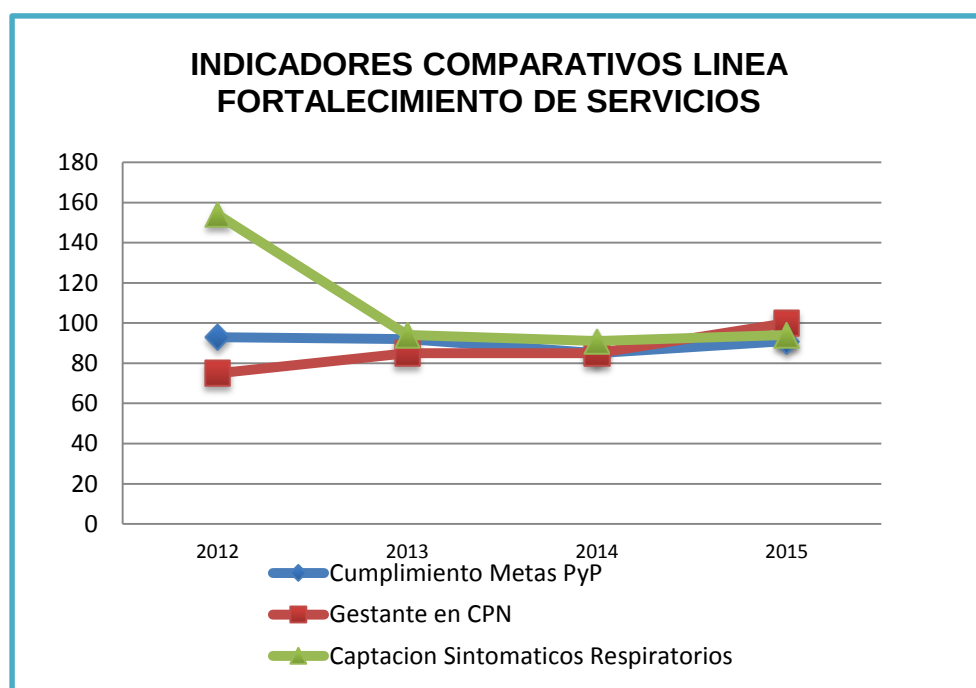


Gráfico 8. Indicadores comparativos de la línea de Fortalecimiento de servicios

Fuente: Elaboración propia.

2. Tasa de mortalidad materna prevenible: En cuanto a este segundo indicador referente a la tasa de mortalidad materna prevenible por debajo de 45 por cada 100.000 nacidos vivos, se presentó un caso en 2012 y otro en 2014, mientras en los dos años restantes se presentaron cero casos, se resalta las estrategias en cuanto a la consulta preconcepcional, seguimiento del ARO (Alto Riesgo Obstétrico) y la continuidad a la capacitación del personal asistencial.

3. Mortalidad perinatal: En lo que respecta a este indicador se presentó en los dos últimos años tres casos, dos en el primer año y cero eventos durante 2013, se recomienda mantener la capacitación al personal asistencial y fortalecer las Estrategias IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) y AIEPI (Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia).

Es importante anotar que es transversal a todos los indicadores el cumplimiento de los requisitos de habilitación en cuanto a recurso humano, medicamentos e insumos.

4. Proporción de mujeres con controles prenatales: La matriz muestra mejoras año a año en forma favorable sobre el número de gestantes con cuatro o más controles del total de maternas inscritas en el programa de control prenatal, llegando en 2015 a un 100%, estrategias implementadas en los indicadores de tasa de mortalidad materna prevenible han apoyado a la mejora de este indicador, especialmente en el seguimiento que se hace para mantener la adherencia a controles a través de un enfoque de riesgo.

De igual manera se identifican una serie de acciones encaminadas a fortalecer los servicios asistenciales dentro de las cuales se define la consulta de obstetricia para el grupo de gestantes pasando de una oportunidad de cita de 8 días en 2012 a 2 días durante 2015, representada en la contratación de especialistas y el convenio docente de la Universidad

Javeriana que aportó 4 ginecólogos para dos Instituciones prestadoras de servicio de Puerto Mallarino y Popular.

5. Proporción de captación de sintomáticos respiratorios y Proporción de pacientes de TBC: El indicador de proporción de captación de sintomáticos respiratorios ha estado por encima del 90%, no obstante por ser considerada una enfermedad de interés público las acciones deben estar enfocadas en fortalecer acciones extramurales para la captación de sintomáticos respiratorios, se recomienda desde mesas de participación, proponer acciones gubernamentales que garanticen la adherencia al tratamiento a través de hogares de paso o fundaciones que brinden acompañamiento a dichos pacientes, muchos de ellos habitantes en situación de ó en calle, sin una red de apoyo fuerte. Esta proporción disminuye en cuanto al indicador de pacientes curados dadas las condiciones sociales que están ligadas como el consumo de sustancias psicoactivas o enfermedades infecciosas como VIH-SIDA/ITS y bajos ingresos económicos.

6. Tasa de embarazos en adolescentes: La estrategia de Servicios Amigables para jóvenes cuyo alcance esta dado en ejes de sexualidad, proyecto de vida y prevención de infecciones de transmisión sexual, enfocados en lograr una atención sin barreras para los jóvenes, la consulta del joven, orientación en planificación familiar y jornadas extramurales en instituciones educativas sobre factores de riesgo, han sido parte de los resultados obtenidos para lograr la disminución de la tasa de embarazos en adolescente en la Red de Salud Norte, logrando una tasa de 16.5 x 1000 MEF en 2015. Se recomienda por el impacto social que representa, fortalecer la estrategia de Servicios Amigables enfatizando en derechos en salud sexual y reproductiva dentro de la comunidad y fortalecer adherencia en el programa de planificación familiar.

7. Tasa de Mortalidad Infantil en menores de cinco años: En cuanto a la tasa de mortalidad infantil muestra una excelente tendencia por cuanto no se presentan muertes infantiles en menores de 5 años durante los cuatro años, dados las estrategias de IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) y AIEPI (Atención Integrada de Enfermedades prevalente de la Infancia), programa de crecimiento y desarrollo, además del ingreso de los menores en el programa de Cero a Siempre donde constantemente los infantes son monitoreados, quedando demostrado que las estrategias implementadas deberán ser sostenidas y fortalecidas.

8. Porcentaje coberturas útiles de vacunación: Para los años 2012 y 2014 no se encuentra información de Cobertura en Vacunación, mientras para los años 2013 se logró un 95% de la población, en 2015 se alcanzó una cobertura del 99% de la población objetivo, por cuanto los medios de comunicación nacional sobre divulgación del esquema del PAI (Plan de Atención en Inmunización), sin barreras permite una amplia cobertura.

9. Oportunidad en la atención de la consulta médica general de primera vez y consulta médica de urgencias: En lo que respecta a los tres indicadores relacionados en la oportunidad de atención de citas médicas, odontológicas y de urgencias, se identifica en la primera, una mejora de 3 días a 1.5 días, y luego un promedio de dos días, en la cual la estrategia de cero filas comienza arrojar resultados, sin embargo se debe fortalecer por cuanto algunos usuarios no tienen el acceso de internet o expresan dificultad de acceso, así mismo se debe manejar con agilidad los reemplazos de usuarios cuando se presente incumplimiento de las citas En urgencias el tiempo de atención osciló de 21.89 minutos subiendo a un estimado de 51 minutos y volviendo a quedar en 2014 en 27 minutos, donde se destaca el empeño gerencial en mejorar dichos indicadores a través del incremento del

recurso humano en urgencias donde se cuenta con 20 (veinte) médicos, 4 (cuatro) enfermeras y 19 (diez y nueve) auxiliares de enfermería y el acompañamiento del equipo psicosocial de lunes a viernes y disponibilidad los fines de semana para casos de sospecha de abuso sexual, intentos suicidas y violencia intrafamiliar, se recomienda igualmente mantener la educación a los usuarios en deberes y derechos y mantener la revisión del proceso garantizando la accesibilidad, pertinencia y oportunidad de la atención además del trabajo del recurso humano del servicio de urgencias para fomentar la ética en la atención y la pertenencia por el servicio, En odontología la oportunidad de atención se ha mantenido en una constante de un día, tiempo estimado es de fácil acceso al servicio.

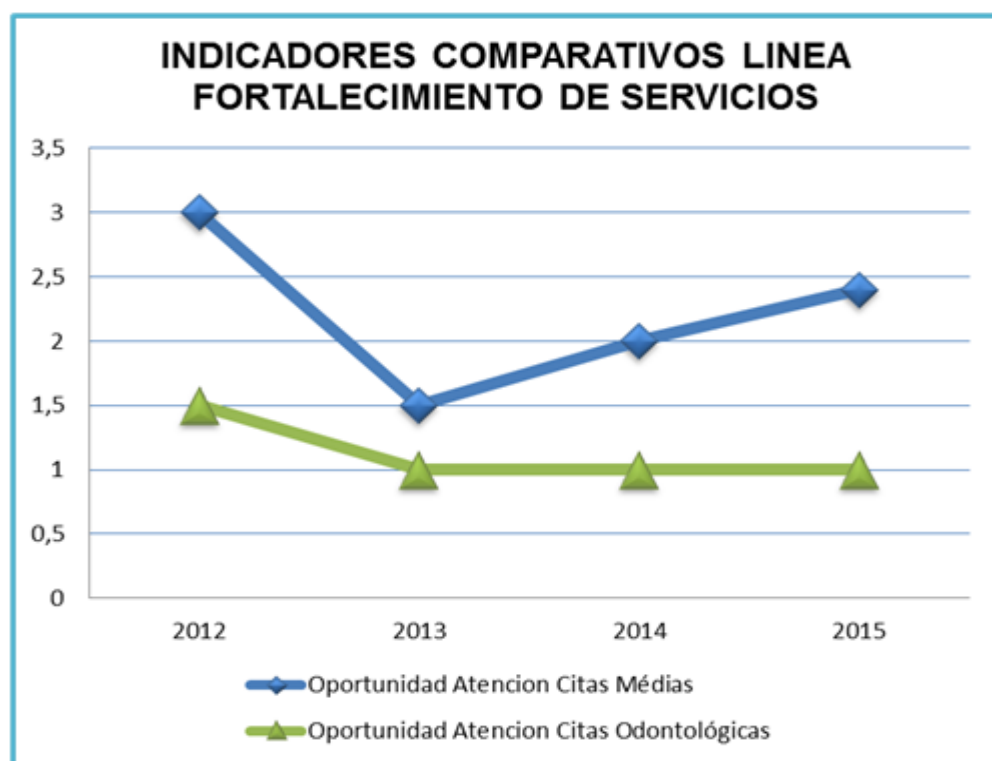


Gráfico 9. Indicadores comparativos línea de Fortalecimiento de servicios

Fuente: Elaboración propia.

De igual manera dentro de las mejoras se identifica la Política Seguridad del Paciente utilizando la estrategia del paciente trazador, revisando el cumplimiento de normas de bioseguridad, implementando mecanismos para ejercer control de medicamentos e insumos y la notificación de Eventos Adversos, además de mejoras en la infraestructura de los servicios de urgencias.



Figura 5. Infraestructura de los servicios

Fuente: Elaboración propia.

10. Adherencia a guías de manejo clínico: Los siguientes indicadores dentro de la línea estratégica de fortalecimiento de servicios corresponden a las guías de atención clínica en cuanto a la proporción de personal médico capacitado en la adherencia a guías y protocolos, igualmente en la adherencia a dichas guías y consentimiento informado, cuyas cifras en el primer indicador los dos primeros años no aparece datos, resultando para el tercer año del 100% y en el último año en un 95%, en cuando a la adherencia el segundo ítem se identifica una mejora aunque se debe continuar avanzado en lograr un porcentaje superior al 95% y en el tercer ítem un cumplimiento en los tres últimos años del 100%, se recomienda mantener la actualización del perfil epidemiológico, revisión periódica de las guías y protocolos, fortalecer el proceso de inducción, así como el diseño de un instrumento de evaluación de la adherencia

11. Productividad del personal médico y odontológico: Los dos últimos indicadores referidos a la productividad del personal médico y odontológico se identifica un incremento del primer año de 88,14 al último año de 95%, en el servicio de odontología no figura dato de 2015, no obstante los tres primeros años se observa incremento superior al 100%.

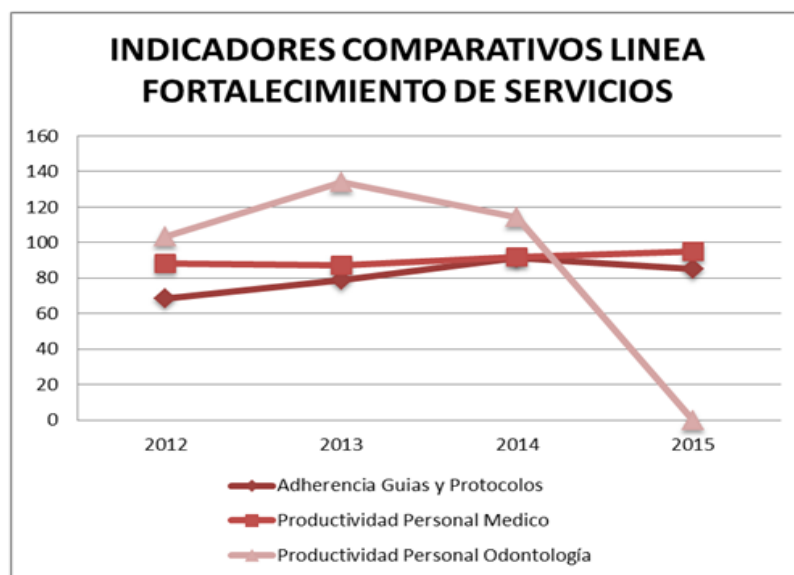


Gráfico 10. Indicadores comparativos línea de fortalecimiento de servicios

Fuente: Elaboración propia.

Análisis cualitativo de la segunda línea estratégica denominada Intersectorialidad de los planes de gestión 2012, 2013, 2014 y 2015.

A continuación se realizó el análisis de la segunda línea estrategia denominada Intersectorialidad, la cual tiene como objetivo fortalecer la relación entre la Empresa y Usuarios, con el fin de lograr la participación de los ciudadanos en el sistema de salud, a través de espacios de concertación, divulgación de los actos de empresa y promoviendo las iniciativas de la comunidad en los procesos institucionales sin perder la autonomía administrativa, con el fin de aumentar el cumplimiento de los derechos de salud en grupos sociales menos representados.

La Intersectorialidad es uno de los ejes estratégicos el cual permite una participación comunitaria y cuenta con el apoyo Gerencial para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Dentro de los indicadores definidos en los planes de gestión se encuentran las mesas de trabajo en pro de defensa de los derechos de la población discriminadas, dentro de las que se cuenta grupos de victimas de conflicto armado. En el análisis se identifica un incremento considerable de las mismas, pasando de 5 durante los dos primeros años a cifras de 77 y 134, reflejando la importancia que representa estos procesos dentro de la Empresa y la concertación de acciones. Es importante mantener la orientación al grupo de víctimas del conflicto armado en la ruta de atención en salud integral especialmente en poblaciones indígenas, afrodescendientes, niños, niñas, discapacitados haciendo énfasis en deberes y derechos y temas de interés para dichas comunidades, así como el desarrollo del programas que tienen impacto a nivel de ciudad como lo es el PAPSIVI (Programa de Atención Psicosocial y Salud en salud Integral a Victimas)

En cuanto a la capacitación a la comunidad en mecanismos de participación social, los resultados están mostrados en porcentaje y otros en números de usuarios lo que no permite tener una medición unificada. Se identifica un porcentaje considerable del 371% durante el último año, por cuanto la Empresa resalta la importancia de participación en Rendición de Cuentas; las ligas de usuarios y líderes comunitarios han recibido mensualmente capacitación en temas como aseguramiento que facilitan el cumplimiento de su rol, se recomienda enfatizar en temas de portafolio de servicios, deberes y derechos pudiendo fortalecer la demanda inducida en diferentes instituciones de salud.

Análisis cualitativo de la tercera línea estratégica de Modernización de la Gestión de los planes de gestión 2012, 2013, 2014 y 2015.

Pasando al análisis de la tercera línea estrategia del plan operativo de la ESE Norte, en cuanto a Modernización de la Gestión y la cual incluye una serie de indicadores, destacando la implementación el Sistema de Gestión de la Calidad NTC ISO 9001:2008, inicialmente en Hospital Joaquín Paz Borrero, obteniendo el certificado ICONTEC en agosto del 2013 y luego recertificado en auditoria de seguimiento en el mes de agosto de 2014. Se inicia con la calificación de la autoevaluación de acreditación y el cumplimiento de planes de mejora de estándares de acreditación, cuyos promedios tuvieron una mejora año a año, se sugiere mantener la identificación de planes de mejora y la implementación de los mismos a través de un seguimiento con el acompañamiento de la asesoría externa especializada.

La implementación del sistema de calidad trajo consigo una serie de actividades que implicaron diagnósticos de las Instituciones Prestadoras de Servicios, dentro de la modernización se realizó la adecuación de la infraestructura, reforzamiento estructural, lo que representó un ambiente seguro y moderno de las instalaciones especialmente en Hospital Joaquín Paz Borrero y Centros de Salud como Puerto Mallarino, Popular, Calima, San Luis I, como mantenimiento de cubiertas y cielos falsos de los Centros de Salud de Ceibas, Floralia, Petecuy II, Porvenir y Siete de Agosto, además se continuó con la estrategia de hospitales verdes en la IPS de Rivera e Isla, con el sistema de energía fotovoltaica, igualmente la actualización y socialización de documentos del Sistema de Gestión de la Calidad, lo que significó un cambio en la cultura empresarial, generando un enfoque preventivo a los puntos de control de los procesos misionales y apoyo transversal, especialmente en el direccionamiento estratégico, políticas y objetivos de calidad, mejora continua a través de los no conformes, acciones preventivas y correctivas con la cual se obtuvo un 100% de cumplimiento, dando un gran paso en la Empresa

Social del Estado, de mantener una habilitación en 2011 a luego ser el Hospital Joaquín Paz Borrero certificado en 2013 para en 2015 llegar el resto de las Instituciones Prestadoras de Servicio a tener un alcance en dicha certificación. El balance en la línea de modernización de la gestión ha tenido un gran avance en la renovación de la infraestructura.

Dentro de dicha modernización de la gestión, el enfoque en el fortalecimiento del Recurso Humano, la Empresa contó con el cumplimiento del 100% plan de bienestar, enfocado en mejorar la calidad de vida laboral involucrando a las familias, se recomienda fortalecer el diagnóstico de necesidades de los funcionarios en lo relacionado a bienestar social, destacando que los programas están direccionados tanto para empleados de planta como los denominados agremiados.

En cuanto a los indicadores en relación a la actualización del manual de funciones por competencias, porcentaje de evaluación de desempeños satisfactorios, muestran un cumplimiento del 100%, no se realiza un análisis detallado por cuanto son ítems manejados desde el área de Talento Humano, donde no se dispone de información ni del involucramiento en ese campo de trabajo.

Es importante dentro del análisis actualizar la aplicación del instrumento de clima organizacional debido a que su última aplicación corresponde al año 2014.

Contempló además un mejoramiento significativo en el soporte informático y comunicación para mejorar la transmisión de datos, copias de seguridad en la red, captura de datos para la historia clínica, identificación e ingreso de usuarios de manera ágil y rápida.

Dentro del enfoque de modernización se define una mejora en los procesos, los porcentajes de áreas con reporte de indicadores y porcentaje de planes de mejora cerrados derivados del análisis de sus indicadores por proceso en la cual se da resultado del 100%,

exceptuando en el 2012 con un 62%, se recomienda realizar los seguimientos a la ejecución y eficiencia de dichos planes de mejora implementados.

En lo relacionado a la modernización de la gestión en cuanto al fortalecimiento del sistema de información y conectividad, el indicador respecto a la Instituciones prestadoras de servicios de la ESE Norte conectadas, arroja un porcentaje del 100%, exceptuando el año 2014 que no muestra un resultado, la entidad ha realizado un avance significativo en la adquisición de equipos de cómputos acorde a las necesidades de las instituciones y especialmente en la dotación para los centros de salud que han sido remodelados, este indicador muestra la gestión gerencial en la modernización de la gestión. Igualmente muestra un cumplimiento del 100% en cuanto al incremento de los módulos de sistemas de información integrados implementados. En lo que respecta al cierre definen una meta de tres días para implementar el cierre contable y estadístico para verificar la información reportada por ambas áreas y proceder a una conciliación. Se recomienda garantizar una información confiable y unificada que sirva de base para acciones y definición de programas.

Análisis cualitativo de la cuarta línea estratégica de Sostenibilidad Administrativa y Financiera de los planes de gestión 2012, 2013, 2014 y 2015.

Dentro del análisis específicamente en el ítem de utilidad neta se identificaron las cifras de los dos primeros años de gestión, mientras los dos restantes no aparece la información, por lo cual se continua en la búsqueda de la información ubicándonos en un documento denominado plan operativo por proceso que si bien no aparece la información, si registra el ingreso de la utilidad neta enfocado en resultados esperados como son la venta de servicios por evento y recaudo a particulares, disminución de los costos operaciones versus los ingresos, es decir evaluación de costos por unidades de producción como cirugía, hospitalización, urgencias y

atención ambulatoria, revisión de los convenios docente asistenciales para apoyar trabajo de campo para la captura de datos, manual tarifario en costos reales y enfocado en actividades de mayor demanda, se complementa el análisis con la observación directa por una de las autoras especialmente en el direccionamiento gerencial para ejercer un control de gastos en cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios a través de un programa denominado “madrinas de los puestos” donde se puede tener un liderazgo por parte de un funcionario y establecer mecanismos de control de gastos como papelería, consumo de agua y energía además de implementar mejoras sencillas de reparaciones locativas en los puestos de salud. También se puede mencionar como en los informes semestrales de gestión, la Gerencia expuso la disminución del nivel de endeudamiento con que recibió la Empresa en 2012, a través de una administración eficiente y transparente de recursos.

La empresa como empresa de servicios debe consolidar un área de mercadeo enfocada en ampliar el portafolio de servicios de salud particulares y Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo a través de la sensibilización de comunidad a través de las Juntas Acción Comunal y Local, para contribuir a la mejora de ingresos, dada que se cuenta con la infraestructura y personal idóneo.

Análisis cualitativo de la quinta línea estratégica de Orientación al Usuario de los planes de gestión 2012, 2013, 2014 y 2015.

En cuanto a la línea de orientación al usuario mantiene un enfoque de responder a las necesidades y expectativas del cliente usuario y cliente institucional mediante el cumplimiento de los valores de accesibilidad, oportunidad, calidez, excelencia en el servicio.

El primer ítem está en relación a medir la satisfacción de usuarios proporcionado a través de las entrevistas de satisfacción aplicadas en forma diaria y en las cuales los resultados han estado entre un 96% y 98%, reflejado en la atención amable, oportuna y cálida por parte de los

funcionarios y además de un incremento del recurso humano del área de Atención al Usuario, pasando del 2012 de 8 (ocho) a 19 (diez y nueve) 2015, tres de los cuales están ubicados en el servicio de urgencias y tres en consultas externas del Hospital donde se concentra el mayor número de consultas, brindando facilidad de acceso a los servicios y un ambiente agradable en salas de espera y consultorios. Teniendo una buena tendencia, se recomienda programar actividades que permitan mantener la actitud del personal involucrado en la atención en salud frente a los usuarios con el fin de eliminar barreras de atención antes del egreso del mismo, así mismo mantener la difusión de deberes y derechos del usuario a través de medios de comunicación tales como carteleras, plegables o charlas informativas.

El otro indicador relacionado con el porcentaje de quejas, reclamos y/o sugerencias con respuesta antes de los 15 días se cumplió en un 100%, lo que ha contribuido el mejoramiento en la calidad de los servicios y el compromiso de la Alta Gerencia en mantener un contacto permanente con los usuarios.

Finalmente el indicador correspondiente a la aplicación de encuestas da un resultado de 100%, garantizando la disponibilidad del buzón de sugerencias en cada una de las Instituciones Prestadoras de Salud y el formato de requerimiento.

Se recomienda adicionalmente que desde Atención al Usuario se fortalezca la demanda inducida a los diferentes programas a través de contactos telefónicos con las bases de datos aportadas por las entidades de salud y la unificación de funciones del personal de Atención al usuario en los diferentes centros de atención.

Igualmente se fortaleció a través de estrategias definidas con la Secretaría de Salud Pública Municipal, SISBEN (Sistema de Posibles Beneficiarios para Programas Sociales) y la Empresa, para afiliar al sistema de seguridad social a la población susceptible a través de

Jornadas de actualización de datos en diferentes comunas que componen la Red de Salud Norte, como también la facilitación de espacios en dos Instituciones Prestadoras de Servicios de las comunas 7 y 4 para ubicar oficinas del SISBEN.

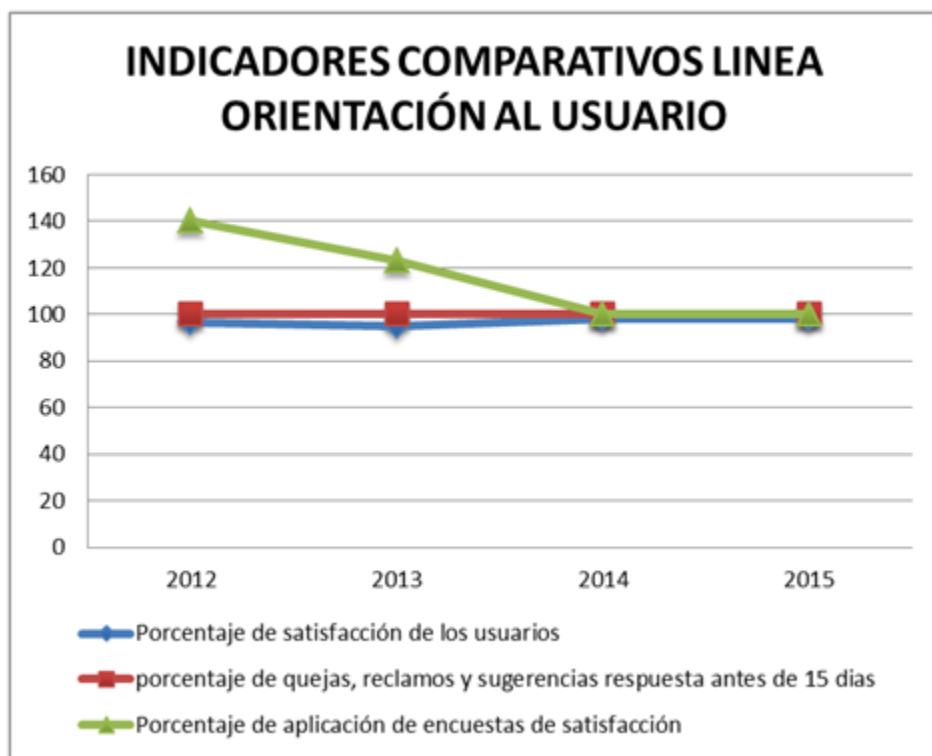


Gráfico 11. Indicadores comparativos línea de Fortalecimiento de Servicios

Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE RESULTADOS

La Red de Salud Norte ESE Norte, cuenta con la realización de los informes de gestión correspondiente a los años 2012, 2013, 2014 y 2015, los cuales facilitaron los antecedentes y conocimientos necesarios para realizar el presente trabajo de investigación por parte de las autoras, teniendo en cuenta que una de ellas es agente activa y participativa de la institución objeto de estudio y el planteamiento se basó sobre un análisis comparativo que permitiera a formular una serie de recomendaciones para mejorar la ocupación de servicios de salud de baja complejidad en el año 2017.

El método utilizado en el desarrollo de la presente investigación permitió recopilar suficiente información relevante y amplia para realizar un análisis cualitativo y cuantitativo de índole comparativo y encontrar interpretaciones objetivas sobre la Empresa objeto de estudio, que generaron revisiones las cuales pudieron ser contrastadas con documentos revisados previamente por las autoras, además de la participación de una de las autoras en el diario vivir de la Red de Salud Norte ESE Norte.

Se pensó que el objetivo general propuesto dentro del presente trabajo de investigación, al igual que los objetivos específicos trazados al inicio del trabajo, se cumplieron en su totalidad por cuanto se realizó el Análisis Comparativo de cuatro Informes de Gestión de los planes Operativos años 2012, 2013, 2014 y 2015 en una Empresa Social del Estado del Municipio de Santiago de Cali orientado a mejorar la ocupación de servicios de salud de baja complejidad en el año 2017, en lo que respecta a los específicos se hizo la revisión del análisis externo e interno de la empresa, como también los informes de gestión de los planes operativos. De igual manera se formuló por parte de las autoras unas recomendaciones a la Gerencia de la Empresa Social del

Estado producto del análisis y revisión efectuada a lo largo de dos años que se lleva con el presente trabajo de investigación.

A continuación se emiten algunas conclusiones que están ligadas con los análisis comparativos en forma cualitativos y cuantitativos así:

- La Empresa Social del Estado en su línea de Modernización de su Gestión, muestra los resultados de una gestión gerencial y administrativa que permitió posicionarla dentro del municipio de Cali a través de la inversión en infraestructura posibilitando obtener sostenibilidad financiera y administrativa.
- La Empresa dentro de su línea de Intersectorialidad desde el área de Participación Social y bajo un enfoque Gerencial, ha mantenido un trabajo comunitario estrecho y cercana en las áreas de influencia, teniendo como referente las ligas de usuarios, no obstante estos organismos comunitarios deben estructurar planes de acciones que apunten al cumplimiento de los objetivos comunitarios.
- Los datos analizados en la línea estratégica Financiera y Administrativa no permiten realizar un análisis detallado; solo en los dos primeros años se muestra un dato de utilidad neta. No obstante en una revisión alterna se encuentra una definición de indicadores que conducen a mantener un control de ingresos vs gastos dentro de la Institución. .
- En el área de Promoción y Prevención se debe lograr mayor conciencia en la comunidad, trabajando de la mano de los líderes comunitarios para impactar a un mayor número de población, así mismo plantear estrategias de adherencia a los usuarios que participan de los programas.

- La Empresa mantiene un enfoque en la atención al usuario evidenciado en los resultados arrojados en la línea de intervención, en cuanto al manejo de quejas, sugerencias y mediciones continuas del nivel de satisfacción de la prestación de los servicios.
- El análisis comparativo de los cuatro informes de gestión, junto con las observaciones de campo y revisión bibliográfica de la temática, permitieron a las dos autoras formular recomendaciones planteadas en el objetivo general.
- Dentro del análisis cualitativo permitió a las autoras plantear algunas recomendaciones que se consignarán en apartes de la investigación.
- El presente estudio de investigación además de contribuir en el objetivo de optar por el título de Maestría a las autoras, amplía la visión de la gestión adelantada durante el periodo de 2012-2015, dimensionando el alcance de la gestión gerencial.
- Las recomendaciones y conclusiones están enmarcadas para mejorar la ocupación en 2017, concordante con la gestión adelantada durante el primer cuatrienio.

A continuación se detallan algunas recomendaciones generadas del presente estudio

- La Empresa Social del Estado debe mantener un enfoque de negocio para que los resultados de utilidades puedan incrementarse y estar acompañados del direccionamiento Gerencial de prestar servicios con calidad y calidez.
- Se debe continuar incentivando la cultura de calidad y excelencia en los procesos utilizando los medios informativos como intranet, boletines electrónicos, informes gerenciales, rendición de cuentas en otros.

- El área de Atención al Usuario debe realizar un estudio de buenas prácticas con otras Empresa Sociales del Estado, a fin que pueda mejorar el impacto dentro de los objetivos organizacionales.
- Se recomienda implementar mediciones de clima laboral con el cliente interno.
- La Empresa debe implementar prácticas de benchmarking con las demás s Empresas Sociales del Estado, a fin de implementar buenas prácticas.
- Revisar la oportunidad de incrementar especialistas en las áreas de oftalmología, nutrición y ortopedia, orientadas a mejorar la oportunidad de citas médicas.
- Se hace necesario fortalecer una dependencia de mercadeo institucional que evidencie necesidades de oferta de servicios.
- Incentivar trabajos de investigación del área de salud dentro de la Red de Salud Norte ESE Norte.
- Diseñar un portafolio de servicios dirigido a una población potencial de funcionarios de la Red de Salud Norte ESE Norte.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Actualícese. (7 de octubre de 2014). *Régimen excepcional o especial de salud: cotizante y beneficiarios con otros ingresos sí deben cotizar*. Obtenido de <http://actualicese.com/actualidad/2014/10/07/regimen-excepcional-o-especial-de-salud-cotizante-y-beneficiarios-con-otros-ingresos-si-deben-cotizar/>
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2010). *Informe del programa TIOS*. Cali.
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2016a). *Red de servicios públicos*. Obtenido de http://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/red_de_servicios_pub
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2016b). *Empresa Social del Estado ESE Norte comunas 2, 4, 5, 6 y 7*. Obtenido de http://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/empresa_social_del_estado_ese_norte_comunas_2_4_5_6_7_pub
- Arbelaez, C. & Ramos, M.P. (2008). *Cultura Organizacional y Transferencia del Conocimiento en Goodyear de Colombia S.A. Tesis de Maestría*. Cali: Universidad del Valle.
- Borja G., L., & Charry G., D. (2014). *Evaluación del sistema obligatorio de garantía de la calidad en las empresas sociales del Estado del primer nivel de complejidad del departamento del Huila durante el año 2013, con características de las prácticas de la cultura organizacional. Tesis*. Cali: Universidad del Valle. Maestría Administración.
- Colombia. (1987). *Decreto 77* . Bogotá.
- Colombia. (1990). *Ley 10* . Bogotá.
- Colombia. (1991). *Constitución Política*. Bogotá: Legis.
- Colombia. (1993a). *Ley 100*. Bogotá.

Colombia. (1993b). *Ley 60 de agosto de 1993* . Bogotá.

Denzin, N.K. . (1978). *Comparison of major sociological methods", in the research Act: A*

Theoretical Introduction to Sociological Methods. New York: McGraw-Hill.

Departamento de Planeación Municipal. (2013). *Cali en cifras 2013*. Obtenido de

http://planeacion.cali.gov.co/Publicaciones/Cali_en_Cifras/Caliencifras2013.pdf

Dess, G. G. (2011). *Administración Estratégica, Textos y casos, 5 ed.* México: McGraw-Hill.

Empresa de Salud del Estado ESE Norte. (2012). *Informe de gestión vigencia 2012*. Obtenido de

<http://esenorte.gov.co/Page/images/pdf/INFORME%20DE%20GESTION%20VIGENCIA%202012.pdf>

Empresa de Salud del Estado ESE Norte. (2015). *Plan de gestión*. Obtenido de

<http://www.esenorte.gov.co/index.php/g-e-l/plan-de-gestion>

Eumed. (2011). *Conceptos generales sobre empresas sociales del Estado*. Obtenido de

<http://www.eumed.net/librosgratis/2011b/938/Conceptos%20generales%20sobre%20Empresas%20Sociales%20del%20Estado>

Google. (s.f.). *Distribución según el tipo de vinculación en Colombia*. Obtenido de

https://www.google.com.co/search?q=grafica+de+sistema+social+en+colombia+ley+100+de+1993&rlz=1C1AVNA_enCO55CO598&espv=2&biw=1366&bih=667

Matallana, M.A. . (s.f.). *Ministerio de la Protección Social. Guías de promoción de la salud y*

prevención de enfermedades en la salud pública. Programa de Apoyo a la Reforma de

Salud. Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Investigaciones Públicas.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Aseguramiento al Sistema General de*

Seguridad Social en Salud . Bogotá.

- Planeación Municipal. (2014). *Cali en cifras 2014*. Obtenido de http://planeacion.cali.gov.co/Publicaciones/Cali_en_Cifras/Caliencifras2014.pdf
- Quintana, A. & Montgomery, W. (2006). *Psicología: Tópicos de actualidad*. Lima: UNMSM, Capitulo de Investigación Científica. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/2b07/a039051da00c48ea92a78345dbbbd6865657.pdf>
- Red de Salud Norte ESE. (2014). *Informe resultado plan operativo anual vigencia 2014*.
- Red de Salud Norte ESE. (2016). *Página institucional. Quienes somos*. Obtenido de <http://www.esenorte.gov.co/index.php/en/intitucional/quienes-somos>
- Régimenes que conforman el sistema* . (14 de abril de 2009). Obtenido de <http://leidycatano.blogspot.com/2009/04/regimenes-que-conforman-el-sistema.html>
- Sarassa A. O. B. & Moreno M., S. M. (2008). *Evaluación y Mejoramiento de los Equipos de Proceso Competitivo “EPC”, en Goodyear de Colombia S.A. Tesis*. Cali: Universidad del Valle.
- Secretaría de Salud. (2016). Obtenido de San Juan de Pasto: http://www.saludpasto.gov.co/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=115
- Secretaría de Salud Pública Municipal. (2003). *Acuerdo 106*. Cali.
- Universidad ICESI. Municipio de Santiago de Cali. (diciembre de 2007). *Una mirada descriptiva a las comunas de Cali*. Obtenido de http://www.icesi.edu.co/jcalonso/images/pdfs/Publicaciones/una_mirada_descriptiva_a_las_comunas_de_cali.pdf
- Vera M., H. (s.f.). *Niveles de atención en salud*. Obtenido de <http://es.scribd.com/doc/23343816/NIVELES-DE-ATENCION-EN-SALUD>

Wordpress. (enero de 2017). *Porter. Cadena de valor*. Obtenido de

<https://deastb.files.wordpress.com/2017/01/porter-cadena-de-valor.jpg>