

**PLAN ESTRATÉGICO DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA
SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL HOSPITAL SAN
BERNABÉ E. S. E. DEL MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE VALLE DEL CAUCA
2015-2018**

**KAROL RENE BERÓN ORTIZ
DIEGO FERNANDO CAICEDO CANO**

UNIVERSIDAD DEL VALLE



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
TULUÁ
2015**

**PLAN ESTRATÉGICO DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y
PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL HOSPITAL SAN BERNABÉ E. S. E.
DEL MUNICIPIO DE BUGALAGRADE VALLE DEL CAUCA 2015-2018**

**KAROL RENE BERÓN ORTIZ
DIEGO FERNANDO CAICEDO CANO**

**Trabajo de grado presentado como requisito para obtener el título de
Magister en Administración de Empresas**

**Director
BENJAMÍN BETANCOURT GUERRERO
MBA en Administración de Empresas
Profesor Titular Universidad del Valle**

UNIVERSIDAD DEL VALLE



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
TULUÁ
2015**

Nota de aceptación

El presente trabajo de investigación fue aprobado por el director del programa de Maestría en Administración de la Universidad del Valle, el director del trabajo de investigación y por el jurado evaluador

Profesor Luis Aurelio Ordoñez B.
Director de la Maestría

Profesor Benjamín Betancourt G.
Director del trabajo de investigación

Jurador Evaluador

Jurado Evaluador

Santiago de Cali, mayo de 2015

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedicamos a con todo nuestro amor a Dios, a nuestras familias y a la Universidad del Valle.

A Dios porque nos iluminó con su gran sabiduría.

A nuestras familias por el apoyo incondicional.

A la Universidad del Valle porque con la alta calidad de sus directivos y docentes de la Maestría en Administración nos guiaron por el camino del conocimiento.

AGRADECIMIENTOS

Al Director del trabajo de grado Magister Benjamín Betancourt Guerrero, por su valioso acompañamiento y asesoría.

A los Docentes de la prestigiosa Universidad del Valle, que con su alta calidad y profesionalismo aportaron sus conocimientos.

Al señor Alcalde del Municipio de Bugalagrande, Carlos Alberto Taguado Troche.

A Diana Carolina Victoria por su paciencia, comprensión y apoyo.

A Germán Eduardo Marulanda, por su apoyo al proceso ejecutado.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	13
1. PRESENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA	14
1.1 ANTECEDENTES DEL TEMA Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.1.1 Planteamiento del problema	15
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	15
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.3 JUSTIFICACIÓN	16
1.4 MARCO REFERENCIAL	18
1.4.1 Marco Teórico	18
1.4.1.1. La estrategia	18
1.4.1.2 Escuela de diseño	20
1.4.1.3 Escuela de planificación	20
1.4.1.4 La escuela cultural	22
1.4.1.5 Gerencia del servicio	22
1.4.1.6 La revolución del servicio	23
1.4.1.7 La gerencia del servicio en instrucciones prestadoras de servicios de salud.	27
1.4.1.8 Estado del arte sobre modelo de gestión para la administración de la gerencia del servicio en instrucciones prestadoras de servicios de salud.	28
1.4.1.9 Marco conceptual	30
1.4.2 Diseño metodológico	32
1.4.2.1 Enfoque	33
1.4.2.2 Diseño del estudio	34
1.4.2.3 Tipo de investigación	34
1.4.2.4 Población y Muestra	34
1.4.2.5 Fuentes y técnicas de recolección de la información	34
1.4.2.6 Variables de estudio	34
1.4.2.7 Plan de análisis	35
1.4.3 Consideraciones éticas	35
1.4.4 Fases	35
1.4.5 Socialización y entrega de resultados	35
1.4.6 Proceso estratégico	36
2. RESEÑA HISTÓRICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E. S. E.)	38
2.1 EL HOSPITAL SAN BERNABÉ E.S.E. EN EL MUNICIPIO	38
2.2 PRODUCTOS Y SERVICIOS	39
2.2.1 Comercialización de servicios de salud.	39
2.2.2 Promoción y prevención	40
2.2.3 Servicios odontológicos	41
2.2.4 Consulta externa	41
2.2.5 Urgencias	42
2.2.6 Hospitalización	42
2.2.7 Salas de parto	42

2.2.8 Servicios diagnósticos	43
2.2.9 Rehabilitación y terapias	43
2.2.10 Servicio farmacéutico	43
2.2.11 Actividades extramurales	43
3. ANÁLISIS DEL ENTORNO DEL HOSPITAL SAN BERNABÉ E. S. E.	45
3.1 ENTORNO GEOFÍSICO DEL MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE	45
3.2 ENTORNO SOCIO CULTURAL	49
3.2.1 Organización político – administrativa del municipio de Bugalagrande	51
3.2.2 Oferta educativa.	51
3.2.3 Salud	52
3.2.4 Recreación y deporte	53
3.3 ENTORNO DEMOGRÁFICO	54
3.3.1 Perfil epidemiológico del municipio de Bugalagrande	56
3.3.1.1 Morbilidad general	56
3.3.1.2 Tendencia de los homicidios en el Valle del cauca Valle. Período 2004 – 2010.	59
3.3.1.3 Suicidios	64
3.3.1.4 Intoxicaciones auto infligidas según municipio	65
3.3.1.5 Desplazamiento en el Valle del Cauca (expulsiones) tasa por 1.000 mujeres acumulado a marzo de 2011	66
3.3.1.6 Tasa de violencia intrafamiliar (sexo femenino) según municipio Valle del Cauca, enero - diciembre 2010	67
3.3.17 Trastornos mentales según tipo de trastornos agrupados	68
3.3.1.8 Trastornos neuróticos, por estrés y somatomorfos	69
3.4 ENTORNO ECONÓMICO	71
3.5 ENTORNO TECNOLÓGICO	71
3.6 ENTORNO POLÍTICO – GUBERNAMENTAL E INSTITUCIONAL	75
3.6.1 Problemas acumulados	77
3.6.1.1 Baja capacidad resolutive.	77
3.6.1.2 Inflexibilidad del régimen laboral del sector público.	77
3.6.1.3 Pasivo prestacional de los hospitales públicos	78
3.6.1.4 Ausencia de mecanismos de evaluación e incorporación de tecnología.	78
3.6.1.5 Falta del sistema integral de información en salud	78
3.6.1.6 Ausencia de un sistema de rendición de cuentas	78
3.6.1.7 Debilidad en los procesos de articulación departamento / municipio.	78
3.6.1.8 Debilidades en la gestión	78
3.6.2 Problemas emergentes	78
3.6.2.1 Fragmentación y atomización en la prestación de servicios.	78
3.6.2.2 El sistema obligatorio de garantía de calidad no ha desarrollado el componente del sistema de información	79
3.6.2.3 No se ha desarrollado un sistema de incentivos	79
3.6.2.4 Desequilibrio en la relación aseguradores/prestadores	79
3.6.2.5 Limitaciones en los sistemas de contratación y pago utilizados para la compra de servicios de salud	79
3.6.2.6 Desequilibrio de la oferta de servicios de salud frente a la demanda	79

3.7 ENTORNO JURÍDICO	82
4. ANÁLISIS DEL SECTOR	91
4.1 CARACTERIZACIÓN DEL SECTOR	91
4.2 MODELO DEL DIAMANTE COMPETITIVO	91
4.2.1 Factores productivos	92
4.2.1.1 Hardware	93
4.2.1.2 Software	94
4.2.2 Encadenamientos productivos y clúster	95
4.2.3 Red de servicios de salud del municipio	97
4.2.4 Condiciones de la demanda	102
4.2.5 El papel del gobierno	102
4.2.6 Papel de la casualidad (azar)	104
4.3 LAS CINCO FUERZAS COMPETITIVAS	104
4.3.1 Intensidad de la rivalidad	104
4.3.2 Amenazas de los nuevos entrantes	105
4.3.3 Proveedores	106
4.3.4 Poder de negociación de los compradores	107
4.3.5 Productos sustitutivos	108
4.3.6 Análisis de la estructura del sector. En tabla 19 se observa la estructura del sector.	108
4.4 CADENA DE VALOR	110
4.4.1 Cadena productiva Hospital San Bernabé E.S.E	110
5. BENCHMARKING	112
5.1 ORGANIZACIONES A COMPARAR	113
5.1.1 Hospital San Bernabé E.S.E. municipio de Bugalagrande, Valle del Cauca.	113
5.1.2 Hospital San Vicente Ferrer E.S.E. municipio de Andalucía, Valle del Cauca.	113
5.1.3 Hospital Rubén Cruz Vélez E.S.E. municipio de Tuluá, Valle del Cauca.	113
5.1.4 Hospital San Nicolás E.S.E. municipio de Versalles, Valle del cauca.	114
5.2 FACTORES CLAVES DE ÉXITO	114
5.3 MATRIZ DE PERFIL COMPETITIVO	116
5.4 RADARES DE COMPARACIÓN	118
5.4.1 Radares de comparación Hospital San Bernabé	119
5.4.2 Radares de comparación Hospital San Vicente Ferrer	120
5.4.3 Radares de comparación Rubén Cruz Vélez	121
5.4.4 Radares de comparación Hospital San Nicolás	122
5.4.5 Radares de valor y sopesado de los cuatro hospitales analizados	123
5.4.6 Recomendaciones a la empresa	124
6. ANÁLISIS INTERNO	126
6.1 DIAGNÓSTICO FUNCIONAL	126
6.2 PLANEACIÓN	127
6.3 ORGANIZACIÓN	128
6.4 DIRECCIÓN	129
6.5 EVALUACIÓN Y CONTROL	130

6.6 GESTIÓN DE RECURSOS	131
6.6.1 La Calidad y cantidad de los recursos humanos	131
6.6.2 Clima de trabajo y salud ocupacional	131
6.7 ANÁLISIS INTEGRADO DE LA SITUACIÓN INTERNA	134
7. ANÁLISIS ESTRATÉGICO - DOFA	139
7.1 MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS – EFI	140
7.2 MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES EXTERNOS – EFE	140
7.3 ANÁLISIS DOFA (F.O – F.A – D.O – D.A)	141
7.4 MATRIZ DOFA	142
8. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	143
8.1 MISIÓN DEL HOSPITAL SAN BERNABÉ	143
8.2 VISIÓN HOSPITAL SAN BERNABE	143
8.3 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	143
8.4 ORGANIGRAMA	144
9. FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS	145
9.1 MATRIZ DE ANSOFF	147
9.1.1 CUADRANTE: PENETRACIÓN DEL MERCADO	148
9.1.2 CUADRANTE 2: DESARROLLO DE NUEVOS PRODUCTOS	149
9.1.3 CUADRANTE 3: DESARROLLO DE NUEVOS MERCADOS.	150
9.1.4 CUADRANTE 4: DIVERSIFICACIÓN	151
9.2 MATRIZ BCG	151
9.3 ESTRATEGIA COMPETITIVA	155
9.4 ESCENARIOS DE FUTURO	157
9.4.1 Escenario positivo	158
9.4.2 Escenario pesimista	159
9.4.3 Escenario tendencial.	161
9.4.4 Escenario apuesta.	162
10. PLAN DE ACCIÓN	164
10.1 MATRIZ DE PLAN DE ACCIÓN BASADO EN BALANCE SCORECARD	165
10.2 CRONOGRAMA	171
10.3 PRESUPUESTO	173
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	175
11.1 CONCLUSIONES	175
11.2 RECOMENDACIONES	176
BIBLIOGRAFÍA	177
ANEXO A. Encuesta a usuarios del servicio del Hospital San Bernabé	184

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Escuelas de la estrategia según Mintzberg, Ahlstrand y Lampel (1999, 2003)	19
Tabla 2. Principales exponentes de la Escuela de Diseño	20
Tabla 3. Principales exponente de la Escuela de Planificación	21
Tabla 4. La Escuela Cultural	22
Tabla 5. Puestos de Salud del Municipio de Bugalagrande.	39
Tabla 6. Datos Geofísicos del municipio	48
Tabla 7. Guía de Análisis del Macroambiente Entorno Geofísico	49
Tabla 8. Programas del municipio que apoyan el arte y la cultura	51
Tabla 9. Guía de Análisis del Macroambiente Socio Cultural	53
Tabla 10. Primeras 20 causas de mortalidad en el municipio de Bugalagrande año 2009	57
Tabla 11. Mortalidad en el Valle del Cauca según tipo de muerte 2009	58
Tabla 12. Mortalidad por causas externas según causa específica de muerte, Valle del Cauca 2009	59
Tabla 13. Tabla trastornos neuróticos	69
Tabla 14. Guía de Análisis del Macroambiente Demográfico	70
Tabla 15. Guía de Análisis del Macroambiente Económico	71
Tabla 16. Guía de Análisis del Macroambiente Tecnológico	75
Tabla 17. Guía de Análisis del Macroambiente Político – Gubernamental e Institucional	82
Tabla 18. Guía de Análisis del Macroambiente Jurídico	86
Tabla 19. Matriz integrada de entornos	87
Tabla 16. Comportamiento y evolución de la producción 2008 – 2013	100
Tabla 17. Lista de servicios de manera desagregada	105
Tabla 18. Proveedores	106
Tabla 19. Análisis de la estructura del sector	109
Tabla 20. Matriz del Perfil Competitivo	117
Tabla 21. Diagnóstico funcional	132
Tabla 22. Diagnóstico funcional área planeación	133
Tabla 23. Diagnóstico funcional área dirección	133
Tabla 24. Diagnóstico funcional área evaluación y control	133
Tabla 25. Diagnóstico funcional área gestión de recursos	133
Tabla 26. Diagnóstico funcional área organización	133
Tabla 27. Evaluación integrada de la situación interna.	134
Tabla 28. Matriz EFI	140
Tabla 29. Matriz EFE	140
Tabla 30. Dofa	141
Tabla 31. Estrategias de la empresa. (Matriz de segmentación)	146
Tabla 32. Matriz plan de acción.	165
Tabla 33. Cronograma de actividades	171
Tabla 34. Presupuesto	173

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Análisis nivel educativo	52
Gráfico 2. Análisis afiliación sistema de salud	53
Gráfico 3. Distribución por género y por localización población de Bugalagrande	55
Gráfico 4. Hogares y personas que salen y llegan del municipio del municipio de Bugalagrande	55
Gráfico 5. Agua potable y saneamiento básico del municipio de Bugalagrande	56
Gráfico 6. Tasa por habitantes	60
Gráfico 7. Homicidios por ciudades	60
Gráfico 8. Homicidios por edades	61
Gráfico 9. Homicidios por número de habitantes	62
Gráfico 10. Homicidios por número de habitantes hombres y mujeres.	63
Gráfico 11. Homicidios por número de habitantes mujeres.	64
Gráfico 12. Tendencia de Suicidios en el Valle del Cauca 2005-2010.	65
Gráfico 13. Tendencia de Intoxicaciones autoinflingidas.	66
Gráfico 14. Desplazamiento en el Valle del Cauca	67
Gráfico 15. Tasa de violencia intrafamiliar por municipio 2010	68
Gráfico 16. Trastornos de ansiedad.	70
Gráfico 17. Cadena Productiva	96
Gráfico 18. Radar de valor Hospital San Bernabé, Bugalagrande	119
Gráfico 19. Radar sopesado Hospital San Bernabé, Bugalagrande	119
Gráfico 20. Radar de valor Hospital San Vicente Ferrer, Andalucía.	120
Gráfico 21. Radar de sopesado Hospital San Vicente Ferrer, Andalucía	120
Gráfico 22. Radar de valor Hospital Rubén Cruz Vélez, Tuluá	121
Gráfico 23. Radar sopesado Hospital Rubén Cruz Vélez, Tuluá	121
Gráfico 24. Radar de valor Hospital San Nicolás, Versalles	122
Gráfico 25. Radar de valor Hospital San Nicolás, Versalles	122
Gráfico 26. Radar de valor de los cuatro hospitales analizados	123
Gráfico 27. Radar de valor de los cuatro hospitales analizados	124

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Proceso estratégico a llevar a cabo	36
Ilustración 2. Municipio de Bugalagrande	48
Ilustración 3. Cadena de Valor Hospital San Bernabé	111
Ilustración 4. Matriz estratégica empresarial DOFA	141
Ilustración 5. Matriz estratégica empresarial DOFA	141
Ilustración 6. Organigrama Hospital San Bernabé. Tomado de: Hospital San Bernabé: 2013	144

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo diseñar un Plan Estratégico para el Programa Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de una empresa Social del Estado de baja complejidad del Valle del Cauca, siendo esta el Hospital San Bernabé, para lo cual se han retomado estudios que abordan la planeación estratégica y los instrumentos que deben desarrollarse para el éxito de las metas trazadas al interior de la Institución del Nivel 1, así como estudios de gerencia de salud enfocados hacia el funcionamiento de este tipo de entidades que permiten conocer a fondo los objetivos a alcanzar.

En este orden, se ha determinado la metodología a utilizar para el desarrollo de la investigación, la cual está basada en un enfoque cuantitativo cuyo fin será la consecución objetiva y sistemática de información que identifique claramente el funcionamiento del Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad (P y P) del Hospital San Bernabé según lo estipulado por el marco normativo de la Resolución 412 de 2000.

Es de gran importancia resaltar que la misionalidad de los hospitales del Nivel 1 se encuentra fundamentada en la realización de acciones de P y P. Sin embargo, el Hospital San Bernabé dedica mayor tiempo, recurso y personal a la atención de las enfermedades dentro del municipio, y por el contrario las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se ven relegadas y abarcan en menor proporción a la población en general.

En consecuencia, el objetivo que se ha trazado es repotencializar el Programa de P y P del Hospital San Bernabé del Estado del Nivel 1 mediante la planeación estratégica del mismo.

1. PRESENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA

1.1 ANTECEDENTES DEL TEMA Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El Hospital San Bernabé, empresa Social del Estado E.S.E Nivel 1, es una Institución Hospitalaria de carácter público descentralizada, del orden municipal, constituida de acuerdo a las exigencias del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Empresa Social del Estado y licenciada para la prestación de servicios ambulatorios y hospitalarios del primer nivel de atención, en los procesos de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, control de riesgo, tratamiento y rehabilitación; fue construido el 17 de diciembre de 1961 e inaugurada oficialmente el 22 de mayo de 1964; entre los años 1968 y 1970 se vincula al servicio Departamental de Salud y se inician los programas de atención primaria; en marzo del año 1993, con aportes de la Beneficencia del Valle, se comenzó la construcción de salas para cirugía, partos, y posteriormente los demás servicios intermedios siendo inaugurado este último bloque el 12 de enero de 1996.

Es de resaltar que el Hospital San Bernabé se constituye como la única IPS pública del Municipio de Bugalagrande siendo una de las empresas de mayor desarrollo y relevancia de la región, dando cobertura a toda su área de influencia y parte de la población de otros municipios, el Hospital San Bernabé, afirma que la E.S.E Presta servicios en: Urgencias, Hospitalización, Consulta Externa, Fisioterapia, Odontología, Laboratorio Clínico, Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

En este sentido, la misionalidad de la E.S.E Nivel 1 está orientada a mejorar la calidad y esperanza de vida de los habitantes del municipio de Bugalagrande y su área de influencia; para el logro de lo anterior se desarrollan programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ofreciendo atención segura y humanizada, generando rentabilidad social y equilibrio financiero.

De acuerdo a lo anterior, el objeto de estudio se enfocó al diseño de un Plan Estratégico que enmarca las directrices y el comportamiento a seguir por la E.S.E Nivel 1 permitiendo fortalecer la misionalidad, encuadrada en lo que respecta a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, destacando que en la actualidad prevalece en cifras la atención por consulta médica en el servicio de urgencias en promedio mes a mes entre los 2.300 a 2.400 usuarios, los usuarios atendidos por consulta externa oscilan entre 2.200 y 2.300; mientras que la población impactada por los programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad está sólo en 600 usuarios.

Esta situación evidencia que se deben desarrollar acciones pertinentes que permitan no sólo dar cumplimiento a la normatividad vigente con respecto a la prevalencia de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sino que a su vez permiten una actuación efectiva que reduzca los índices de enfermedades en el municipio de Bugalagrande a futuro.

1.1.1 Planteamiento del problema. Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta:

¿Qué situaciones y factores se deben considerar en la formulación del Plan Estratégico para el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad de una Empresa Social del Estado de Baja Complejidad?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un Plan Estratégico para el Programa Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en una Empresa Social del Estado de baja complejidad en el Valle del Cauca.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar el Hospital San Bernabé del Municipio de Bugalagrande y del programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del hospital.
- ✓ Realizar el análisis del entorno en el cual se desenvuelve el Hospital San Bernabé del Municipio de Bugalagrande para identificar oportunidades y amenazas.
- ✓ Desarrollar un análisis de referenciación o (Benchmarking) del Hospital San Bernabé del Municipio de Bugalagrande para compararlo con otras Empresas sociales del Estado.
- ✓ Realizar el análisis interno del Hospital San Bernabé del Municipio de Bugalagrande para identificar las fortalezas y debilidades.
- ✓ Diseñar el análisis estratégico DOFA del Hospital San Bernabé del Municipio de Bugalagrande.
- ✓ Formular el direccionamiento estratégico del Hospital San Bernabé del Municipio de Bugalagrande.

- ✓ Implementar el plan de acción diseñado para el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del Hospital San Bernabé del Municipio de Bugalagrande.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El trabajo académico posee una relación directa con cada una de las dimensiones del Plan Decenal en Salud Pública que emite el Ministerio de Salud y Protección Social del Gobierno colombiano, (en el siguiente párrafo se ahondará en el tema descrito); de esta misma manera el Plan de Salud Territorial “Bugalagrande Municipio Saludable para Todos 2012 – 2015 y sus ejes” formulado por la Secretaría de Salud del municipio y a su vez inscrito en la Secretaría Departamental de Salud del Departamento del Valle del Cauca incide directamente en el desarrollo del estudio.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 busca “Lograr la equidad en salud y desarrollo humano” de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias (Salud ambiental, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutrición, sexualidad y desarrollos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública y emergencias y desastres, vida saludable y condiciones no transmisibles, salud y ámbito laboral), y dos transversales (dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud), que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial. (Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, afirma que cada dimensión a su vez desarrolla un componente transectorial y sectoriales que incorpora un conjunto de acciones (estrategias comunes y específicas). (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), los Planes de Salud Territoriales (PST) permiten tener una guía clara de donde deben estar enfocados los esfuerzos y los recursos, evitando caer en la tentación de dedicarse a tareas improvisadas, que no conducen a la solución de los principales problemas de la salud de las poblaciones.

El propósito del Plan de Salud Territorial se enfoca en: Mejorar el estado de salud de la población del municipio, evita la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, y disminuye las inequidades territoriales en salud; a su vez los objetivos van encaminados a: Identificar los principales problemas que afectan la Salud, formular estrategias de solución, buscar equilibrio social, psicológico y biológico en el municipio. (Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021).

La prioridad del PST va en dirección a 10 estrategias claras: 1. La salud infantil. 2. La salud sexual y reproductiva. 3. La salud oral. 4. La salud mental y las lesiones violentas evitables. 5. Las enfermedades transmisibles. 6. Las enfermedades crónicas no transmisibles. 7. La nutrición. 8. La seguridad sanitaria y del ambiente. 9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral. 10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública. (Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021).

Según el Plan de Salud Territorial (2012-2014) afirma que el PST opera desde seis ejes programáticos fundamentales: Aseguramiento, Salud Pública, Promoción Social, Servicios en Salud, Emergencias y Desastres, Prevención Vigilancia y Control de Riesgos Profesionales. (Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021).

Al analizar los planes antes expuestos, se puede observar cómo en algunas dimensiones, ejes programáticos, prioridades y objetivos, hay total relación con el objeto de estudio de dicho trabajo académico; se concluye, que para el Gobierno Nacional Departamental y por supuesto municipal hay pertinencia en esta clase de trabajos, puesto que todo propósito académico que vaya en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida y en crear impacto positivo en la salud del ser humano, goza de viabilidad, pertinencia y apoyo por diferentes instancia.

Después de revisar la teoría existente en el sector Salud Pública y los antecedentes de la Institución (E. S. E. Nivel 1), cabe anotar que dicho estudio pretende demostrar la importancia que tiene la construcción de un Plan Estratégico para el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad; además se espera que el resultado de dicho proceso académico sea utilizado en primera instancia por la Empresa Social del Estado de baja complejidad en la que se llevó a cabo; lo anterior con el objeto de impactar positivamente la salud de la comunidad en la que incide la Institución, y mejorar las acciones desarrolladas al interior del Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, de esta manera se visiona una mejora en la captación de recursos económicos, que garanticen la sostenibilidad financiera de la misma.

En segunda instancia el trabajo abre la posibilidad de crear Políticas Públicas en Salud municipal (desde el Plan de Salud Territorial). Se entregara una propuesta formal a la Secretaría de Salud Departamental, buscando que la Gobernación del Valle del Cauca tenga en cuenta un estudio que permita rediseñar las estrategias de Atención Primaria en Salud y finalmente que se incorpore lo desarrollado en el Plan Decenal que lidera el Ministerio de Salud y Protección Social.

1.4 MARCO REFERENCIAL

1.4.1 Marco Teórico.

1.4.1.1. La estrategia. La palabra “*estrategia*” etimológicamente procede de los vocablos griegos *stratos* que significa ejército, y *ágein* sinónimo de conductor; la figura ideal del estratega fue configurándose mediante la experiencia y el ejemplo aportados por los estrategas militares. (BETANCOURT, 2014).

El pensamiento estratégico es considerado un proceso emergente y dinámico que se concibe como renovador; que promueve la inteligencia colectiva y en definitiva la innovación; que busca encontrar soluciones pertinentes a los problemas de dirección que enfrentan hoy las organizaciones. (BETANCOURT, 2014).

La mezcla entre el pensamiento lógico y el pensamiento creativo es la forma de pensar y analizar estratégicamente (OMHAE, 1985), “la necesidad de pensar en forma estratégica nunca ha sido mayor: El poco crecimiento, la apertura de los mercados, la globalización, el rápido cambio tecnológico, han sacudido a todas las industrias” (PORTER, 1985); “La estrategia corporativa implica el intento de actuar las fuerzas de la empresa (compañía) en relación con las de sus competidores en la forma más eficaz” (OMHAE, 1985).

Dentro del anterior contexto, según Mintzberg, Ahlstrand y Lampel en la obra “Safari a la estrategia. Una visita guiada por la jungla del Management Estratégico.” (MINTZBERG, AHLSTRAND y LAMPEL, 1999); permiten comprender que para lograr el éxito en una organización, es fundamental que sus directivos en todo momento analicen el entorno interno y externo; pues de esta manera logran identificar las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas. (MINTZBERG, 1999), enfatiza que las personas y en especial aquellas que se dedican a direccionar una organización, deben ser visionarias y prospectivas; ya que estas capacidades les brindan la posibilidad de descubrir cada día escenarios en donde existen mayores oportunidades para optimizar el posicionamiento, en el sector del mercado en donde participan. Un ejemplo claro de este pensamiento se refleja en la fábula el ciego y el elefante; puesto que allí (GODFREY, 2014) busca mostrar que sólo quien descubre la bestia total posee la capacidad de tomar varias partes, unirlos y construir un todo que le da la posibilidad de alcanzar un objetivo específico.

El caso expuesto en la fábula referenciada conlleva a establecer entonces, que al presentarse un problema en la organización, es fundamental determinar las partes involucradas y luego crear estrategias que se complementen; ya que es sólo creando una sinergia entre estas, que se logra dar una respuesta acertada a la problemática. Lo que se traduce en un mejoramiento continuo.

De igual forma el autor del libro Safari a la Estrategia, hace mención a las 5p de las estrategias; las cuales define de la siguiente manera:

Pauta de acción: Se usan como tipo de maniobra para poderle ganar al competidor.

Tipo Patrón: Aquellas que se encuentran establecidas para momentos específicos.

De posición: se enfocan en todo momento en derribar los obstáculos para ser más competitivos.

De perspectiva: Se enfocan a mirar hacia afuera, buscando cada vez nuevas oportunidades.

Aunque se debe tener claro, que para lograr que cada una de las estrategias conlleven a dar cumplimiento a los objetivos propuestos, es fundamental estructurar un Plan Estratégico, ya que es allí en donde se aclara lo que se pretende conseguir y como se va a hacer para lograrlo.

Ahora bien la Planeación Estratégica entendida también a partir de los aportes de Michael E. Porter citado por (Betancourt G., 2013) se fundamentan en el desarrollo e implementación de planes que permitan alcanzar metas, Betancourt señala la importancia de la estrategia empresarial para la dirección general de una compañía en el desarrollo de estrategias financieras, estrategias de desarrollo de recursos humanos, desarrollos tecnológicos, de marketing entre otros, permitiendo trazar el camino para un Período determinado.

Las estrategias que pueden ser adoptadas en el Hospital San Bernabé pueden ubicarse en las premisas de cada una de las 10 Escuelas de Pensamiento Estratégico expuestas por Mintzberg, Ahlstrand y Lampel, evidenciándose que es posible desarrollar estrategias con la combinación de las premisas de las escuelas enunciadas, sin embargo, las que se exponen a continuación, encajan con la metodología y las estrategias propuestas en la presente investigación:

Tabla 1. Escuelas de la estrategia según Mintzberg, Ahlstrand y Lampel (1999, 2003)

ESCUELA	LA ESTRATEGIA COMO PROCESO
1. Diseño	Concepción
2. Planificación	Formal
3. Cultural	Colectivo

Fuente: Elaboración propia

1.4.1.2 Escuela de diseño. La Escuela de Diseño, concibe la creación de la estrategia como un proceso de concepción; la estrategia se forma a través de un proceso deliberado del pensamiento consciente; dicha escuela proporciona un instrumento metodológico denominado Matriz DOFA el cual permite generar acciones estratégicas sobre la base de las oportunidades y fortalezas para superar las amenazas y eliminar o cambiar las debilidades por fortalezas; todo a través de un cruce de variables que construyen diferentes tipos de estrategias. (ANDREWS, 1980).

HERRAMIENTAS: Matriz Estratégica DOFA

Premisas:

La responsabilidad por el control y el conocimiento descansa en el directivo principal: esa persona es el estratega.

El Modelo de Formación de Estrategia debe mantenerse simple e informal.

Las estrategias deben ser únicas: Las mejores provienen de un proceso de diseño individualizado.

El proceso de diseño está finalizado cuando las estrategias aparecen completamente formuladas como perspectiva.

Las estrategias deben ser explícitas, por lo que no pueden perder su simpleza.

Finalmente, sólo después de que estas estrategias únicas, maduras, explícitas y simples ha sido completamente formuladas, puede procederse a su aplicación.

Tabla 2. Principales exponentes de la Escuela de Diseño

La Escuela de Diseño.		
REPRESENTANTES	LIBRO	TEORÍA
K. R. Andrews 1971	Conceptos de Estrategia Corporativa	Estrategia como herramienta para enlazar las funciones de una organización y evaluar sus fortalezas y debilidades frente a la competencia
Philip Selznick 1957 M.I.T.	Liderazgo en Administración	Competencia característica. Análisis estado interno y expectativas externas
Alfred D. Chandler 1962	Estrategia y Estructura	Estrategia empresarial y su relación con la estructura.
Learneeed. Christensen Guth 1965 Harvard	Política de Empresa	Establecer concordancia entre la idoneidad y la oportunidad que ubica a una empresa dentro de su entorno.
Otros Autores: Christensen Bower Hamermesh Porter. 1982	El Método de Casos (Christensen)	La importancia del Diagnóstico para la formulación y la ejecución.
Profesor Benjamín Betancourt G		

Fuente: Filminas Betancourt, 2015

1.4.1.3 Escuela de planificación. La Escuela de Planificación, concibe la creación de la estrategia como un proceso formal; el pasó a pasó; las estrategias

deben provenir de un proceso controlado y consciente de planificación, separado en etapas claras, cada una de ellas delineada a través de listados y sustentada por técnicas.

A partir del proceso, las estrategias aparecen completamente acabadas listas para hacerse explícitas de modo que puedan ser aplicadas prestando minuciosa atención a los objetivos, presupuestos, programas y planes operativos de diversos tipos. (ANSOFF, 1965).

HERRAMIENTAS: Matriz Ansoff

Premisas:

Las estrategias deben provenir de un proceso controlado y consciente de planificación formal, separado en etapas claras, cada una de ellas delineada a través de listados y sustentada por técnicas.

La responsabilidad del proceso general descansa en la alta dirección; en lo que se refiere a su ejecución práctica, los responsables son los encargados de planificación.

A partir del proceso, las estrategias aparecen completamente acabadas listas para hacerse explícitas de modo que puedan ser aplicadas prestando minuciosa atención a los objetivos, presupuestos, programas y planes operativos de diversos tipos.

Tabla 3. Principales exponente de la Escuela de Planificación

La Escuela de Planificación		
REPRESENTANTES	LIBRO	TEORÍA
Igor Ansoff 1965	Estrategia Corporativa (1965) Dirección Estratégica en la Práctica Empresarial (1997)	En la planificación estratégica no se espera necesariamente que el futuro sea mejor que el pasado. Análisis de expectativas de la empresa, el cual identifica las tendencias, amenazas, oportunidades y sucesos “innovadores” singulares que pueden cambiar las tendencias históricas
George Steiner 1979	Planeación Estratégica. lo que todo Director debe saber	La estrategia como: El porvenir de las decisiones actuales Proceso Filosofía Estructura
Fred David 1995	Fundamentos de Gerencia Estratégica	La estrategia como arte y ciencia de formular, implementar y evaluar decisiones interfuncionales que permiten a la organización alcanzar sus objetivos

Fuente: Filminas Betancourt, 2015

1.4.1.4 La escuela cultural. Para la Escuela Cultural, la creación de estrategia es un proceso colectivo, de interacción social basado en las convicciones e interpretaciones compartidas por miembros de una organización. El individuo adquiere estas convicciones mediante un proceso de asimilación cultural o socialización; como resultado, la estrategia toma más la forma de una perspectiva general que de una posición, arraigada en las intenciones colectivas. La creación de estrategia es un proceso de interacción social basado en las convicciones e interpretaciones compartidas por miembros de una organización.

El individuo adquiere estas convicciones mediante un proceso de asimilación cultural o socialización.

Los miembros de una organización sólo pueden describir en forma parcial las convicciones que sustentan su cultura.

Como resultado, la estrategia toma más la forma de una perspectiva general que de una posición, arraigada en las intenciones colectivas.

La cultura y -en especial- la ideología, no estimulan el cambio estratégico tanto como la perpetuación de la estrategia existente.

Tabla 4. La Escuela Cultural

La Escuela Cultural		
REPRESENTANTES	LIBRO	TEORÍA
William Ouchi	Teoría Z	La Teoría Z se enfoca en incrementar la apropiación y amor del empleado por la compañía, por medio de un trabajo de por vida, con gran énfasis en el bienestar del empleado, tanto dentro como fuera de su trabajo.
Peters y Waterman	En busca de la Excelencia	Los "8 Principios de la Excelencia". Analiza la evolución de la práctica empresarial a lo largo de tres generaciones, atreviéndose, incluso, a vaticinar lo que el futuro nos depara. La creación de valor en las empresas modernas, la necesidad de una decidida apuesta por el talento, por la búsqueda constante de la innovación, de la excelencia en todo lo que hacemos, las ilimitadas posibilidades que ofrece la tecnología.
Geert Hofstede	Cultures and Organizations: Software of the Mind.	La influencia e impacto de la cultura en las organizaciones desde el manejo de la tecnología y el pensamiento

Fuente: Filminas Betancourt, 2015

Ahora es importante abordar en el marco teórico el tema del servicio, como componente importante en una Empresa social del Estado.

1.4.1.5 Gerencia del servicio. El concepto se aborda, partiendo de la obra "Gerencia del Servicio" de (ALBRECHT Karl y BRADFORD, 1989), donde el servicio es definido como un producto primordial, con características peculiares, como una mercancía que necesita administración y estudio sistemático.

La gerencia del Servicio es un enfoque vertical de toda la organización que empieza con la experiencia del cliente y la creación de estrategias y tácticas que maximicen la calidad de esa experiencia.

El principal problema de la gerencia del servicio es el manejo de los momentos de verdad que es la interacción entre el prestador del servicio y quien lo recibe. Si la colectividad realiza una evaluación y establece en su mentalidad, un concepto negativo, esa será la imagen de la organización en términos de calidad del servicio. (ALBRECHT, 1988).

Internamente también debe tenerse una percepción del servicio, lo cual es posible a través del ciclo del servicio que consiste en hacer un inventario de los momentos de verdad que tiene la organización; es allí donde la gerencia del servicio, se hace responsable de la experiencia del cliente y su mejoramiento día a día. Esta responsabilidad es de toda la organización, donde es fundamental que haya cultura del servicio, con la que cada uno de los miembros, prestadores o no, interioricen que cada acción va encaminada a la satisfacción del cliente.

La filosofía de la gerencia del servicio es crear una cultura de servicio, que haga de la excelencia del mismo, una misión reconocida para todo el mundo en la organización, incluido el gerente, de tal manera que todo el mundo desempeñe un papel con la finalidad que todo salga bien para el cliente.

Con base en lo anterior, hay tres elementos esenciales que deben tenerse en cuenta para el direccionamiento: Estrategia del servicio, gente y sistemas. Para los autores, estos elementos giran alrededor del cliente en una relación triangular lo cual han denominado “triángulo del servicio”.

La estrategia del servicio, es una formula, es una premisa bien escogida que tiene valor para el cliente y que le genere la posición competitiva a la organización.

Deben tenerse en cuenta tres factores: La investigación de mercado utilizando toda la información disponible; la misión del negocio que da la explicación clara de su mercado u objetivo, el tipo de servicio ofertado y los medios utilizados para lograr el acercamiento; por último, los valores motores de la organización que son el conjunto de principios corporativos bien definidos y publicitados.

El sistema de servicio es todo el mecanismo, físico y procedimental que tiene a su disposición la gente que presta el servicio para satisfacer las necesidades del cliente a través de la calidad del servicio, la calidad del producto y la reducción de costos; la organización debe girar alrededor del cliente.

1.4.1.6 La revolución del servicio. La revolución del servicio es un fenómeno de alto impacto para las empresas modernas, que tratan de entender cómo

desarrollar su juego para ser efectivas y atraer y retener a sus clientes. Para (ALBERECHT K. , 1991), las empresas pueden ser divididas en 5 categorías, desde el punto de vista de la dedicación a la calidad de servicio:

1. Las que salen del servicio: Son aquellas que desprecian el contacto con el cliente y con sus necesidades.
2. Obstinada búsqueda de la mediocridad: Estas firmas probablemente mantienen su negocio, pero la calidad del servicio no es prioritaria en su gestión.
3. Lo tienen y dan razón de él: Reconocen la importancia de la calidad del servicio pero cumplen sólo con los aspectos “básicos” para mantener su posicionamiento en el mercado. La calidad de servicios no forma parte de su posicionamiento estratégico.
4. Hacen serios esfuerzos: Estas empresas están haciendo serios esfuerzos para hacer del servicio un arma competitiva. En estos casos la gerencia de servicios tiene sentido como una “idea motriz” organizacional. Aquí se presenta mucha creatividad para la innovación, animarse a correr riesgos y reestructuración de la imagen ante el cliente.
5. El servicio como arte: Estas son las empresas que están instaladas en la mente del consumidor por su calidad en deleitar al cliente. Tienen una consagración obsesiva por la calidad de los servicios que brindan.

(ALBERECHT K. , 1991) concluye: “Un nivel de calidad de servicio comparado con el de sus competidores, que es suficientemente alto ante sus clientes para permitirle cobrar un precio más alto por su producto de servicio, gana una participación en el mercado increíblemente elevada y/o disfruta de un margen de utilidad superior al de sus competidores”.

El camino hacia la excelencia del servicio no es un camino sencillo. Requiere fortaleza y constancia para instalar en la empresa una cultura orientada a la satisfacción del cliente. Tomar conciencia y ventajas de la calidad del servicio es un paso importante, pero debe definir un modelo de gestión para brindar prestaciones de excelencia. “La gerencia del servicio es un enfoque total de la organización que hace de la calidad del servicio, cuando lo recibe el cliente, la fuerza motriz número uno para la operación del negocio”.

Se desarrolló el concepto apuntando a la transformación del servicio, o sea, salir de las prácticas convencionales con las que operan las industrias en el mercado.

Transformar la cultura del servicio implica mucho más que un departamento de atención al cliente; requiere una actitud crítica de toda la organización de la

prestación del servicio. “En un negocio de servicio, los clientes satisfechos son su activo. En la satisfacción del cliente hay un capital”.

En la relación entre el proveedor y el cliente existen numerosos puntos de contacto.

Estas características hacen que los servicios se diferencien de los productos físicos: se compra una expectativa. En la fabricación, por ejemplo, de un automóvil, es posible controlar la calidad parcial o final del producto. Esto no ocurre con los servicios. Los servicios se fabrican en el mismo momento en que se están entregando. Este concepto inspiró a Jan Carlzon, ex presidente de SAS, a la metáfora “El momento de la verdad”. Bajo esta perspectiva, el servicio que se brinda son los momentos de la verdad, ni más ni menos. (ALBERECHT K. , 1991).

(ALBERECHT K. e., 2000), recomienda identificar esos momentos de la verdad, en los que los empleados que se relacionan con el cliente. No significa calificar el servicio sino destacar acontecimientos en forma neutral, episodios en los cuales el cliente obtiene una impresión de la prestación. De esta manera es posible analizar a cada uno desde el punto de vista de la calidad, para mejorarlos y lograr agregar valor a todos ellos. Inclusive existen “momentos críticos de la verdad”.

Esta concepción del servicio involucra fuertemente a cada empleado, dado que es imposible que la gerencia esté presente en cada momento de la verdad. En la prestación del servicio, cada persona está manejando en ese momento la relación con el cliente. Además de la importancia de los momentos de la verdad, existe otro aporte significativo en la definición del servicio que presenta el autor. Lo denomina “El triángulo del servicio”. El modelo esta sostenido por tres conceptos:

1) Una estrategia de servicio bien definida. Es la definición de una idea unificadora que guía a la organización hacia las prioridades reales del cliente. Consiste en la esencia del estilo de brindar el servicio y se transforma en un evangelio para quienes trabajan en ella.

2) Personal que tiene contacto con el público. Los directivos de la empresa estimulan y ayudan a los empleados a mantenerse focalizados en las necesidades del cliente. Esto conduce a la situación actual del cliente, atención y voluntad de ayudar, que instala en el consumidor la posibilidad de confiar en el servicio y sentir que eligió bien.

3) Sistemas amables para el cliente. “Todo este aparato está aquí para satisfacer sus necesidades”, transmite el mensaje de la empresa. Los distintos sistemas de la empresa están diseñados para satisfacer al cliente. Tanto los comerciales como los de las áreas de servicio interno.

El último concepto que introduce el autor es el “Ciclo de Servicio”. El ciclo “es la cadena continua de acontecimientos que debe atravesar un cliente cuando experimenta nuestro servicio”. Sintetizando, el ciclo de servicio es la secuencia de momentos de la verdad, es decir, episodios en los cuales el cliente se pone en contacto con algún aspecto de la organización y obtiene una impresión de la calidad de su servicio.

(ALBRECHT Karl y BRADFORD, L. J., 1989), en “La pirámide invertida” la cual es otro aporte valioso para la gerencia de servicios. A diferencia de los modelos que prevalecieron la década de los 60’ de la mano de General Motors, Albrecht recomienda invertir la clásica pirámide en la que se destaca a la alta gerencia en su parte superior y a los empleados de menor rango en la base. Los motivos de esta modificación: En la tradicional pirámide, el cliente no aparece y los que tienen el contacto con el cliente son los que tienen que estar sostenidos por el resto de la organización. Se modifica una concepción estructurada y rígida de la empresa por un modelo orgánico sustentado en una cultura orientada al cliente y adaptable a estas necesidades.

El principal desafío, por lo tanto, será considerar como primeros clientes a sus empleados para que éstos, a su vez, tengan disposición y eficiencia en atender a los clientes externos aplicando mayor criterio y autonomía como lo requieren los momentos de la verdad. La pirámide, entonces, tendrá la base en su parte superior y en ella estarán los empleados que “fabrican” el servicio con el cliente, y en su vértice inferior estará la alta gerencia brindando el apoyo para un eficiente servicio.

La implementación de un programa de servicios requiere entender al cliente. Para ello es necesario identificar a dos tipos: a) los clientes que pagan y b) los empleados (los clientes que trabajan). Con respecto al segundo cliente, la gente de la organización, es necesario efectuar una evaluación realista de las personas y la organización para alcanzar la calidad de servicio que se tiene en mente. Es importante que la alta gerencia identifique los puntos fuertes (activos) y los puntos débiles (obstáculos) para llevar adelante la implementación del programa.

También es necesario evaluar el servicio, esto requiere diseñar herramientas que permitan evaluar cómo es percibido por los clientes externos, e inclusive solicitar la opinión de los mismos empleados que brindan el servicio. Esta información es de significativa importancia para sostener los valores de la empresa y debe servir de retroalimentación para gerentes y empleados.

Una estrategia de servicio cumple el mismo proceso que una estrategia de producto. Para ello es necesario definir en qué mercado competir y cómo. “¿Por qué el cliente debe escogernos a nosotros?” Esta pregunta es clave para definir la estrategia y, aunque resulta obvia, no todas las empresas se la plantean. Muchas son las organizaciones que no logran definir claramente su posicionamiento,

porque requiere un significativo ejercicio mental y dedicar recursos para identificar las reales necesidades del cliente. Los aspectos que deberá responder un planeamiento estratégico son:

La definición de la estrategia del servicio permite unificar energías y dirigirlas a constituir y sostener la calidad del servicio de manera que sea comprendido por toda la organización. Las empresas líderes en servicios dedican muchos recursos de tiempo y dinero a la capacitación.

1.4.1.7 La gerencia del servicio en instrucciones prestadoras de servicios de salud. En lo que respecta a la gerencia de la salud según (Motta, 1991), es entendida como la planificación, organización dirección y control de aquellas empresas dedicadas a la prestación de servicios de salud, bien sea entidades públicas o privadas, en donde se dedican amplios esfuerzos para la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos.

En este sentido, (Motta, 1991), resalta que los cambios organizacionales, demuestran como la teoría y la práctica abre opciones para emprender acciones de modificación de alta, mediana y baja intensidad en el marco de cualquier tipo de organización.

Por otra parte, (Tovar, 2002), habla sobre los modelos de Gestión en Salud, señala que los sistemas de salud se encuentran en permanente reconversión, sin embargo es preciso mencionar, que las reformas de los últimos tiempos tienen como objetivo principal reducir los gastos, generando con ello que los modelos de gestión se vean relegados.

Así mismo, (Tovar, 2002) menciona que en materia de gestión de salud existen tres niveles del servicio, el político que en marca el modelo gestión, el técnico determinando el modelo de atención y el financiero que conduce a la financiación del sistema.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se enmarcan en el siguiente contexto expuesto por el (Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021).

La prevención de la enfermedad está orientada a la erradicación, eliminación, o minimización del impacto de la enfermedad y la discapacidad. En esta definición también se plantea la importancia de desarrollar medidas sociales, políticas, económicas y terapéuticas en la prevención de la enfermedad. Se propone que la prevención se ejecuta en tres niveles:

1. Prevención Primaria: Son los actos destinados a disminuir la incidencia de una enfermedad, reduciendo el riesgo de nuevos casos, protegiendo la salud por

medio de acciones que modifiquen el medio ambiente y el desarrollo de acciones educativas dirigidas a las personas.

2. Prevención Secundaria: Son los actos destinados a disminuir la prevalencia de una enfermedad, reduciendo su evolución y duración a través de exámenes de salud o promoviendo los autoexámenes cuando las condiciones lo permiten.

3. Prevención Terciaria: Son actos destinados a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas, reduciendo las invalideces funcionales producidas por la enfermedad, por medio de la rehabilitación y la reinserción social.

4. Promoción de la Salud. Según (Peter, 1992), es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. En este sistema se articulan los programas educativos; servicios preventivos primario, secundario y terciario; estrategias de trabajo basadas en la comunidad; medidas medio-ambientales; regulación de actividades económicas y la política de salud de la entidad.

1.4.1.8 Estado del arte sobre modelo de gestión para la administración de la gerencia del servicio en instrucciones prestadoras de servicios de salud.

Inicialmente se toma el estudio de los autores (Perez, Katiuska y Betancourt, 2008) los cuales plantean que el modelo de gestión de la salud en Venezuela en la década de los 90 ha experimentado una profunda crisis que se evidencia debido a problemas de accesibilidad, cobertura, calidad y legitimidad que enfrentan las instituciones que prestan los servicios médico-asistenciales. De este modo surgen, se desarrollan y consolidan nuevas formas de gestión dirigidas a elevar la eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios en el marco de la descentralización, participación y democratización de la salud, como estrategias para la reforma del Estado, la redefinición de roles y mecanismos de diseño y ejecución de políticas y programas sociales y la incorporación de nuevos actores en el escenario de la salud. En el artículo se exploran e identifican algunas de esas nuevas formas de gestión de los servicios de salud en Venezuela y se concluye que la municipalización en salud, los sistemas locales de salud, las fundaciones y microempresas constituyen experiencias innovadoras que pueden contribuir a mejorar y fortalecer el sistema de salud venezolano haciendo énfasis en la atención primaria en salud.

Respecto al Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios el estudio Chileno realizado por los autores Artaza, Barría, Fuenzalida, Núñez, Quintana, Vargas, Venegas, y Vidales, (Gobierno de Chile, 2005) proponen que los establecimientos hospitalarios, funcionan como organizaciones de servicios que cumplen una función social esencial. Necesitan desarrollar una gestión que, escuche y comprenda los fenómenos que conforman su entorno, y así permita a éste identificar y proyectarse a las necesidades de sus usuarios, adaptarse a las características, flujo, ritmo y evolución de la demanda de las comunidades,

especialmente en el sector sanitario, donde desde la red asistencial, se exige respuestas concordantes con el modelo de atención, crecientemente flexibles, oportunas, efectivas y eficientes. Aclara que los establecimientos deben estar en permanente adecuación con relación a: Las cambiantes necesidades de salud de las personas y las comunidades, las que estarán expresadas en los requerimientos de la red asistencial, particularmente a través del régimen de garantías en salud y, especialmente en la necesidad de atender los requerimientos originados en la comunidad, canalizados por la atención primaria; las cambiantes expectativas y culturas de los usuarios de los servicios; las nuevas tecnologías tanto clínicas como de gestión, los nuevos modelos de organización y gestión de los sistemas de salud; las nuevas formas de financiamiento; y las cambiantes aspiraciones de desarrollo personal y de aporte creativo de los miembros de la organización. (Gobierno de Chile, 2005).

El siguiente estudio hace referencia al diseño de programas de gestión de enfermedades crónicas, donde los autores (Álvarez, P; Vivas, 2009) buscan responder a la combinación de las mejores prácticas identificadas a nivel nacional e internacional, que se constituyen en metodologías innovadoras para su aplicación en forma generalizada en las clínicas y hospitales del país. Es resultado de un ejercicio previo de elaboración del inventario de oferta de conocimiento, a partir de un riguroso ejercicio metodológico para la búsqueda y revisión sistemática de literatura; la identificación y selección del conocimiento disponible en el tema que nos ocupa, la organización y valoración del mismo con criterios de evidencia de aplicación efectiva; la selección de las mejores prácticas de gestión clínica y administrativa y el análisis de conveniencia de cada una de éstas con recomendaciones sobre las herramientas e instrumentos pertinentes y susceptibles de ser aplicados por las instituciones prestadoras de servicios de salud en el país.

El concepto denominado “gestión de enfermedades” hace referencia a una mejor coordinación entre los diferentes componentes del sistema de salud: atención hospitalaria, atención primaria, rehabilitación, atención en domicilio y la aplicación de instrumentos específicos diseñados para la población de pacientes en cuestión, como son: Guías clínicas, educación y sistemas de información. (Álvarez, P; Vivas, 2009).

En el siguiente estudio se plantea una estrategia de promoción de la salud y prevención en el Servicio Nacional de Sanidad, por parte del (Ministerio de Sanidad, 2014), en esta publicación española del Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad se aborda la estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el marco del abordaje de la cronicidad en el servicio nacional de sanidad. Propone el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad. Su paradigma inicial es que las dinámicas sociales, culturales, económicas y ambientales en las sociedades modernas suponen un cambio de las enfermedades transmisibles a

las no transmisibles a medida que aumenta la esperanza de vida de la población, en este caso, española. En ese sentido, plantea las principales causas de la carga de enfermedad, tanto a nivel mundial como en el entorno, tienen unos determinantes y factores de riesgo comunes y abordarlos de forma conjunta e integradora mejora tanto el impacto de las acciones de promoción y prevención como su eficiencia.

Las estrategias para ganar salud y prevenir la enfermedad, se basan en la efectividad y otras cinco características importantes para conseguir los mejores resultados: su aplicación a lo largo de todo el curso de vida, el abordaje por entornos, el enfoque poblacional, el abordaje desde un enfoque positivo, y un enfoque integral. (Ministerio de Sanidad, 2014).

1.4.1.9 Marco conceptual

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO. El direccionamiento estratégico lo integran los principios corporativos, la visión y la misión de la organización” (Serna Gómez, 2007.); estos son los pilares del desempeño empresarial y de la planeación, por tanto se constituyen en uno de los primeros pasos para plantear las estrategias.

DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO. Del diagnóstico estratégico se desprende el grupo de objetivos y estrategias con las cuales la empresa puede aprovechar sus oportunidades, superar sus debilidades y utilizar sus fortalezas para contrarrestar las amenazas del medio. (Betancourt, G., 2014).

El proceso del diagnóstico que se llevará a cabo para el presente trabajo, se centra en el análisis del entorno y su impacto en la organización (análisis externo) y la capacidad de la empresa para responder a este entorno cambiante (análisis interno), de lo cual se deriva la matriz DOFA (debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas), con base en esta matriz y al análisis de las cinco fuerzas de Porter, se inicia el desarrollo o planteamiento de las opciones estratégicas más adecuadas para la empresa (Serna Gómez, 2007.).

EFICIENCIA Y EFECTIVIDAD. Peter Druker sostiene que el desempeño de un gerente se puede medir en términos de eficiencia y efectividad. La eficiencia significa hacer las cosas bien” y efectividad significa “hacer las cosas que se deben hacer”.

EMPRESA. Organización, institución o industria, dedicada a actividades o persecución de fines económicos o comerciales, para satisfacer las necesidades de bienes y/o servicios de los demandantes, a la par de asegurar la continuidad de la estructura productiva comercial, así como sus necesarias inversiones (LERMA, BARCENA et al. ., 2012.).

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO DE BAJA COMPLEJIDAD. Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención. (Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021).

ESTRATEGIAS. Las estrategias son los medios por los cuales se lograrían los objetivos. Las diferentes estrategias empresariales incluyen expansión geográfica, diversificación, sistemas administrativos, adquisición de competidores, obtención de control sobre proveedores o distribuidores, desarrollo de productos, penetración en el mercado, en otros, de acuerdo a los intereses de la organización, expuestos en su misión y visión. (Serna Gómez, 2007.).

FORMULACIÓN ESTRATÉGICA. Las opciones estratégicas deberán convertirse en planes de acción concretos, con definición de responsables. Para ello, es indispensable proyectar en el tiempo cada uno de los proyectos estratégicos, definir los objetivos y las estrategias de cada área funcional dentro de estos proyectos, así como diseñar planes de acción concretos.” (PORTER, 1985).

La formulación estratégica debe por tanto contemplar las estrategias y manera como serán llevadas a cabo, al igual que los recursos en los que debe incurrir la empresa para su ejecución. Para la distribuidora se realiza todo el proceso buscando pertinencia con las actividades y necesidades de la empresa.

ÍNDICES DE GESTIÓN: Es la expresión cuantitativa que permite medir el comportamiento o desempeño de una determinada variable del negocio que al ser comparado con una referencia, permite identificar desviaciones sobre las cuales tomar acciones correctivas. (Serna Gómez, ÍNDICES DE GESTIÓN., 2005.)

MISIÓN. La misión es la formulación de los propósitos de una organización que la distingue de otros negocios en cuanto al cubrimiento de sus operaciones, sus productos, los mercados y el talento humano que soporta el logro de estos propósitos”. (Serna Gómez, Gerencia Estratégica, 2007.)

OBJETIVOS. Son los resultados a largo plazo que una organización aspira a lograr a través de su misión básica y deben ser medibles, razonables, claras, coherentes y estimulantes. Los objetivos son de vital importancia en el éxito de las organizaciones, pues suministran dirección, ayuda en evaluación, crean sinergia, revelan prioridades, permiten coordinación y son esenciales para las actividades de control, motivación, organización y planificación efectivas.

OPCIONES ESTRATÉGICAS. Definido el direccionamiento estratégico, realizado el diagnóstico estratégico y el análisis DOFA, deberán explorarse las opciones que el Hospital San Bernabé tiene para anticipar tanto sus oportunidades y amenazas, como sus fortalezas y debilidades.” (Serna Gómez, Gerencia Estratégica, 2007.).

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA. Es esencialmente la labor de diseñar el futuro con visión de largo plazo, estableciendo las acciones, tiempos y recursos para lograr lo que se requiere y puede ser y hacer. (ANSOFF, Corporate strategy, 1965).

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) afirma que la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

PROMOCIÓN DE LA SALUD. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) afirma que la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

PRINCIPIOS CORPORATIVOS. Un proceso de planificación estratégica se inicia por identificar y definir los principios de la organización, entendidos estos como el conjunto de valores, creencias, normas, que regulan la vida de una organización”.

Si bien los principios organizacionales no siempre están escritos o documentados en una organización, estos son implícitos en el comportamiento y actuar de sus directivos y empleados, no obstante, para el caso de la distribuidora, estos principios se plantean como parte del plan propuesto dado que actualmente la empresa no los tiene por escrito. (Barrantes, A. Fuentes, A., 2009).

1.4.2 Diseño metodológico. Este trabajo permite encontrar una ruta clara en la que la planeación estratégica es quizá el objetivo primordial. Después de analizar la historia de la Empresa Social del Estado y al tiempo caracterizar la misma, se logra construir un correcto análisis externo de los ambientes y sectores que interactúan con el área de la empresa seleccionada, este proceso abre la puerta a la construcción de un perfil competitivo, que luego entra en sinergia con la matriz DOFA, desde aquí se plantean alternativas para la toma de decisiones.

Una vez se consolidó el diagnóstico de área a trabajar, se construyen elementos que darán forma y contenido a la plataforma estratégica, obteniendo este insumo, se diseña y estructura la estrategia que pone en acción el plan, los programas y los proyectos del método construido.

Finalmente cabe mencionar que del seguimiento y control de lo proyectado depende en gran medida el éxito del Plan Estratégico, siendo la retroalimentación vital para mantener norte del Plan que se estableció.

1.4.2.1 Enfoque. El enfoque en el que se enmarcó el presente trabajo académico es de tipo Cuantitativo ya que se buscó de una manera objetiva y sistemática identificar el funcionamiento del Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad (P y P) de la E.S.E Nivel 1, permitiendo la elaboración de un diagnóstico objetivo con datos reales que a través del análisis de éstos, den cuenta del cumplimiento del programa con referencia a la Resolución 412 de 2000.

Siendo los Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad (P y P) la función prioritaria de las E.S.E Nivel 1, se realizó una recolección de datos a través de entrevistas, encuestas, informes presentados por el área, reportes obligatorios a los entes de control como Secretaría de Salud Departamental y Municipal que permitió evidenciar la prestación de los servicios del programa de P y P, estas entrevistas se realizaron tanto al personal misional del programa como a los usuarios del mismo, y se tuvo en cuenta las encuestas de satisfacción del servicio que realiza el servicio del SIAU (Servicio de Información y Atención al Usuario).

De esta manera con los datos arrojados por las herramientas de recolección, se analizaron los resultados que permitieron formular el Plan Estratégico para el funcionamiento del Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad de la E.S.E Nivel 1 de acuerdo a la normatividad existente que lo rige teniendo en cuenta las necesidades específicas del municipio en el diseño del Plan también se dio uso de la herramienta Balanced Score Card, introducida por primera vez por David Norton y Robert Kaplan en un artículo de Harvard Business Review 1992 llamado "El Cuadro de Mando Integral". (KAPLAN, R. y NORTON, D, 1996.).

Los beneficios del Balanced Score Card radican en que este es algo más que una herramienta de medición del desempeño, también es una de las mejores herramientas de comunicación estrategia que un gerente puede tener. Traducir los objetivos estratégicos en medidas específicas y los objetivos, permite que los administradores tengan un objetivo claro y cuantificable, detrás de cada estrategia.

Para los empleados, el Balanced Score Card es también la referencia a alinear sus objetivos personales, actividades e iniciativas especiales hacia la visión de la Compañía. Actuando como un GPS, el Balanced Score Card es utilizado hoy por los gerentes que quieren monitorear el progreso en contra de la estrategia. En un ciclo anual, el Balanced Score Card tiene dos papeles principales para jugar. Al comienzo del ciclo de planificación estratégica, el Balanced Score Card sirve como repositorio de las medidas y los objetivos de la estrategia final. Luego, durante la

fase de ejecución, el Balanced Score Card sirve como una plataforma continua para reportar el progreso contra el plan. (KAPLAN, R. y NORTON, D, 1996.).

1.4.2.2 Diseño del estudio. El diseño del estudio fue transversal analítico, buscando determinar las condiciones específicas del Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad de la E.S.E Nivel 1, realizando una recolección de datos simultáneos que permitieron evidenciar la situación actual de prestación del servicio, comparando con la normatividad existente con la prestación del Servicio de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en la E.S.E de Nivel 1.

Es preciso mencionar que la recolección de los datos se realizará en un tiempo y momento específico, no implicando un seguimiento a la información recolectada, generando una muestra representativa como punto de partida para el caso de estudio.

1.4.2.3 Tipo de investigación. Finalmente fue un estudio descriptivo ya que permitió evidenciar frecuencias y características de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en la E.S.E de Nivel 1, basados en los datos estadísticos que maneje dicho programa, como en las encuestas de satisfacción que realiza el servicio del SIAU, tomando un tiempo determinado para la muestra elegida a ser analizada.

1.4.2.4 Población y Muestra. La población escogida para el desarrollo del trabajo fue el personal misional responsable de cada una de las actividades del Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad de la E.S.E Nivel 1, de la misma forma se abordaran a los usuarios que han recibido el servicio del programa durante el último año eligiendo una muestra representativa de ellos.

1.4.2.5 Fuentes y técnicas de recolección de la información

Fuentes Primarias: Las fuentes primarias estuvieron constituidas por la información recolectada a través de encuestas de satisfacción que se les aplicaron a los usuarios, entrevistas al personal misional e Informes de los Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad de la E.S.E Nivel 1 que se rinden a los entes de control.

Fuentes Secundarias: Las fuentes secundarias están constituidas por las referencias bibliográficas e informes adicionales sobre el trabajo relacionado con el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad de la E.S.E Nivel 1.

1.4.2.6 Variables de estudio. Las variables del estudio están compuestas por: Informes de rendición a los entes que hacen Inspección, vigilancia y Control y las encuestas de satisfacción. (Percepción de la calidad del servicio).

1.4.2.7 Plan de análisis. El análisis para el estudio se realizó partiendo de la información recolectada con cada uno de los actores implicados en los Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad de la E.S.E Nivel 1 de la siguiente manera:

Estadística Descriptiva: Permite recolectar, ordenar, analizar y representar un conjunto de datos, con el fin de describir apropiadamente las características que presenta el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad de la E.S.E Nivel 1

Análisis univariado (Medidas de tendencias centrales, y dispersión): Consistió en el análisis de una sola variable, para el caso de estudio se centró en la prestación del servicio de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad de la E.S.E Nivel 1

Frecuencias y porcentajes: Se realizó tabulación de la información recolectada, de esta manera se evidenciaron las variables que más se repitieron y se ordenaron a través de tablas que permitan evidenciar porcentajes de aparición de las mismas.

1.4.3 Consideraciones éticas. Las consideraciones éticas para el caso de estudio se centran en garantizar la confidencialidad de la información, no implicar riesgo para la salud física, mental o social de los individuos y la información se utilizará exclusivamente con fines académicos y científicos.

Adicional a ello se tendrá en cuenta según el Ministerio de Salud y la Protección Social (2014) la Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Cumpliendo de esta manera con la normatividad vigente para la investigación en salud a nivel nacional e Internacional (Res 8430/93 y Declaración de Helsinki).

1.4.4 Fases. Luego de autorización formal por parte del Gerente de la Empresa Social del Estado, se invita al Subgerente Científico de la E.S.E, al Coordinador Médico y al jefe del servicio de Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, con el objeto de informar el propósito del estudio a desarrollarse al interior de la Institución; se indagó tanto al personal encargado de todas las actividades del área de P y P, como a los usuarios que reciben el servicio a través de entrevistas, encuestas e informes presentados por el área de P y P, como reportes obligatorios a los entes de control y las encuestas de satisfacción del servicio que realiza el servicio del SIAU.

1.4.5 Socialización y entrega de resultados. Los resultados que se derivaron de esta investigación, se entregarán a la Gerencia del Hospital mediante documento escrito, con el fin de que sirva como insumo para el fortalecimiento de estrategias

en el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad de la E.S.E Nivel 1.

Así mismo servirá como insumo para el diseño de estrategias encaminadas hacia la intervención y/o prevención de la enfermedad, impulsando políticas de salud a nivel individual y territorial, en cumplimiento de lo establecido entre otros por la Organización Mundial de la Salud.

1.4.6 Proceso estratégico. Se tomó como guía para el trabajo de planeación estratégica, los pasos presentados en el libro “Guía Práctica de Planeación estratégica” de (Perez, C., 1990) la cual permite hacer un acercamiento de forma profunda en identificación de oportunidades y debilidades que presente la empresa a estudiar y así con una forma fácil y de aprendizaje elaborar la planeación estratégica, acompañado del libro “Direccionamiento Estratégico de Organizaciones Deportivas” de (Betancourt, G. B. , 2013) que permite contar con unos pasos metodológicos para el desarrollo del trabajo, a saber:

Caracterización e historia de la organización a estudiar

Análisis del Entorno General

Referenciación (Benchmarking) de nuestra empresa a estudiar comparada con otras empresas del sector.

Análisis interno de la organización, el cual permite conocer aspectos como:

Gestión administrativa y gerencial, gestión humana, estructura).

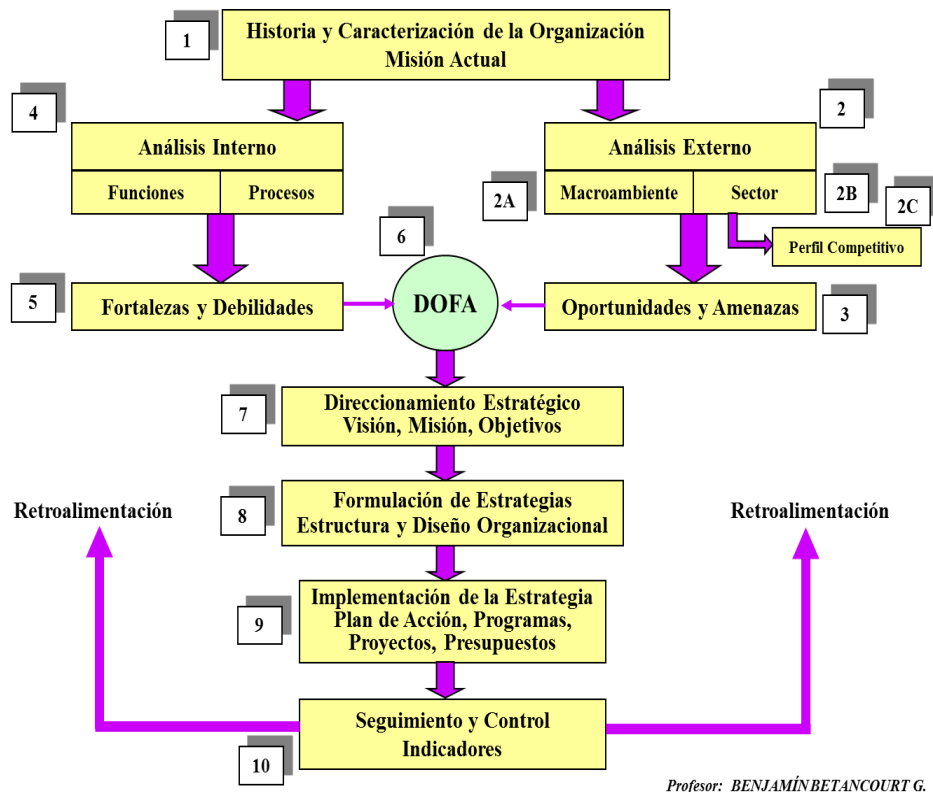
Análisis estratégico DOFA.

Direccionamiento Estratégico

Implementación estratégica y plan de acción

Seguimiento y Control

Ilustración 1. Proceso estratégico a llevar a cabo



Fuente: Betancourt. B. Papeles de trabajo para Planes Estratégicos. 1995

2. RESEÑA HISTÓRICA DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (E. S. E.)

2.1 EL HOSPITAL SAN BERNABÉ E.S.E. EN EL MUNICIPIO

En la cabecera municipal se encuentra el Hospital San Bernabé E.S.E. con Número de Identificación Tributaria 891900650-2. Es una Institución de baja complejidad de carácter municipal con código prestador 7611301701-01, ubicada en la Carrera 7 Calle 6 Esquina, Bugalagrande- Valle Colombia del Municipio de Bugalagrande. (Hospital San Bernabé, 2014).

La ESE Hospital San Bernabé E.S.E. fue creado mediante Acuerdo Municipal No. 001 del 19 de marzo de 1996 y con estatutos adoptados mediante Acuerdo 060 de la Junta Directiva. La entidad está representada por el Gerente, es una Institución hospitalaria de carácter público descentralizada, del orden municipal, constituida de acuerdo con las exigencias del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Empresa Social del Estado y actualmente bajo los lineamientos del SOGC, licenciado para la prestación de servicios ambulatorios hospitalarios del primer nivel de atención, en los procesos de fomento de la Salud y Prevención de la enfermedad, control de riesgo, tratamiento y rehabilitación. (Hospital San Bernabé, 2014).

Figura 1. Hospital San Bernabé Municipio de Bugalagrande. Tomado de: Hospital San Bernabé: 2013



Fuente: Registro fotográfico de los autores año 2014

El Hospital San Bernabé cuenta con 15 puestos de salud habilitados, con vías de acceso en buen estado, aunque en época invernal se presentan algunas dificultades de acceso. Los Puesto de salud están distribuidos en la zona rural del Municipio de la siguiente forma, ver Tabla 5.

Tabla 5. Puestos de Salud del Municipio de Bugalagrande.

Puestos de salud	Distancia de la cabecera municipal
Puesto de salud Mestizal ubicado en Corregimiento de Mestizal	2 Km
Puesto de salud Guayabo ubicado en Corregimiento El Guayabo	6 Km
Puesto de salud San Antonio ubicado en Corregimiento San Antonio	8 Km
Puesto de salud Uribe ubicado en Corregimiento La Uribe	6 Km
Puesto de salud Overo el poblado en Corregimiento El Overo	3 Km
Puesto de salud Galicia en Corregimiento Galicia	18 Km
Puesto de salud Tetillal en Vereda Tetillal	25 Km
Puesto de salud Paila Arriba en Corregimiento Paila Arriba	20 Km
Puesto de salud Ceilán en Corregimiento Ceilán	39 Km
Puesto de salud Chicoral en Vereda Chicoral	24 Km
Puesto de salud Alto Bonito en Vereda Alto Bonito	48 Km
Puesto de salud El Rocío en Vereda El Rocío.	42 Km
Puesto de salud El Placer en Vereda El Placer.	33 Km
Puesto de salud El Overo La María en Corregimiento El Overo	3 Km
Puesto de salud Chorreras en Corregimiento Chorreras.	42 Km

Fuente: Archivos Hospital San Bernabé 2013.

2.2 PRODUCTOS Y SERVICIOS

Los productos y servicios que presta el Hospital San Bernabé del municipio de Bugalagrande del Valle del Cauca se extraen y condensan de la información publicada por la Institución en su página Web. <http://www.hospitalsanbernabe.gov.co/index.php> y los informes internos generados por la Institución, a continuación se describen:

2.2.1 Comercialización de servicios de salud. El Hospital San Bernabé E.S.E., durante las vigencias 2009 al 2013 ha soportado sus ingresos en la prestación de servicios de salud a E.P.S.-S como Cafesalud, Emssanar, Calisalud, Caprecom y Otras del Régimen Subsidiado. Siendo en ese orden de importancia las que mayores ingresos representan por el número de usuarios que se encuentran afiliados a las EPS-S - Cafesalud y Emssanar respectivamente. (Hospital San Bernabé, 2014).

Con la E.P.S.-S Cafesalud el Hospital San Bernabé celebró un contrato de capitación con una tarifa equivalente al 50,48% del porcentaje de la UPC disminuida (\$ 13.636 por persona), para la vigencia 2013 el porcentaje de UPC

al que se celebró la nueva contratación fue de un 41,77% de la UPC disminuida (\$16.300 por persona) abarcando una mayor población afiliada al régimen subsidiado, de igual forma esta contratación ampara el ofrecimiento de nuevos servicios por parte del Hospital, como son: Terapia física, terapia respiratoria, rayos X y otras ayudas diagnósticas, dicho contrato se firmó por un valor de \$ 1.187.219.400. (Hospital San Bernabé, 2014).

Con la E.P.S. Emssanar el Hospital San Bernabé celebró un contrato por evento a Tarifa SOAT menos el 5%, que representó ingresos para el Hospital San Bernabé por valor de \$ 1.192.984.415 por la atención de 1.683 usuarios que utilizaron los servicios de salud contratados por primera vez de un total de población afiliada de 5.528 usuarios.

La Prestación de Servicios a las EPS del Régimen Subsidiado, representa para el Hospital un porcentaje equivalente al 70,0% del total de ingresos recaudado por venta de servicios de salud

Por su parte la contratación con el Régimen Contributivo tiene un peso porcentual equivalente al 16,2% y representa la venta de servicios a E.P.S-C como Nueva E.P.S, Coomeva, S.O.S. y empresas particulares como: Nestlé de Colombia S.A., Cosmitet, Policía Nacional y otras compañías de seguros con un porcentaje del 2,2%.

La venta de servicios que aumenta significativamente el recaudo, se debe a que nuestro municipio cuenta una empresa privada como lo es Nestlé de Colombia S.A. que tiene una cobertura en salud equivalente al 12%, y que representa un promedio de 1000 usuarios afiliados al régimen contributivo. Esta empresa por su nivel salarial y convenciones colectivas, garantiza a sus empleados y familias regímenes especiales así como también Medicina Prepagada y al ser Hospital San Bernabé la única IPS del municipio garantiza la atención de esta demanda. (Hospital San Bernabé, 2014).

De igual manera el ente territorial, Departamental y Municipal suscribe convenios administrativos con el Hospital para garantizar la prestación de los servicios de salud integrales a la Población Pobre no Asegurada (PPNA), representando el 11,6% del total de venta de servicios de salud. Además el Ente territorial Municipal celebra convenios administrativos con el Hospital para la ejecución de las actividades que hacen parte del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) cuya finalidad es la realización de actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad a la totalidad de la Población del Municipio de Bugalagrande. (Hospital San Bernabé, 2014).

2.2.2 Promoción y prevención. El área de Promoción y Prevención obtuvo su máximo nivel de productividad en el año 2008 con 44.344 actividades

representando el 25,09% del total de la producción, registrando una disminución en los años 2009 y 2010 como resultado de la eliminación del Programa de Atención Primaria en Salud – APS. Dicho programa se retoma en el año 2011 y se sostiene durante el 2012, donde adicional al Programa de APS, el Hospital realizó jornadas de demanda inducida, visitando los diferentes barrios y veredas.

En el año 2012 las actividades de Promoción y Prevención representaron el 17,13% del total de la producción reportada al Decreto 2193. Dentro de las actividades de esta área, la atención preventiva en salud oral e higiene oral aportaron el 45,3%, seguida por Vacunación que representó el 20,5% de la venta de servicios de Promoción y Prevención.

Desde el año 2008 la producción de vacunación ha estado por debajo de la meta establecida por la Secretaría Departamental de Salud debido a que las mismas no estaban acordes con la pirámide poblacional del Municipio. Dichas metas fueron ajustadas para la vigencia 2013 por lo que en la actualidad el Hospital se encuentra cumpliendo las metas establecidas.

Para el año 2013, las actividades de Promoción y Prevención aumentaron en un 9,2% con relación al año inmediatamente anterior al pasar de 42.738 actividades en el año 2012 a 46.670 en 2013. Este incremento se explica porque las actividades de Planificación Familiar registraron un crecimiento superior al 290%. (Hospital San Bernabé, 2014).

2.2.3 Servicios odontológicos. Ésta área representa para el Hospital San Bernabé la quinta actividad en producción con una participación del 7% en 2010 y 2011, el 8% en 2012 y en el año 2013 representa el 8,32%. (Hospital San Bernabé, 2014).

Las actividades de salud oral en el año 2008 registraron su mayor nivel de producción con 22.869 actividades, mientras que para el año 2009 registró una reducción de cerca del 23%. Para la vigencia 2010 continuó disminuyendo alrededor del 20% alcanzando el nivel más bajo de producción de los Períodos de análisis; en los años 2011 y 2012 registró crecimientos del 21%. Para la vigencia 2013, la producción de este servicio disminuyó un 16,73% pasando de 20.760 actividades en 2012 a 17.287 en 2013, lo anterior como resultado de la disminución en el número de profesionales y a que a la fecha no se cuenta con un Higienista Oral. (Hospital San Bernabé, 2014).

2.2.4 Consulta externa. La consulta de medicina general electiva registró comportamientos decrecientes desde el año 2008 hasta 2010 donde presentó su nivel de producción más bajo: tan sólo 16.040 consultas de medicina general electivas, comportamiento que se explica porque la Institución sólo disponía de 2 médicos. A partir del año 2011 se contrata un médico adicional para apoyar este servicio lo que permitió incrementar la producción, logrando el mayor volumen en

el Período 2012 con 20.297 consultas y aportando el 8% del total de la producción. (Hospital San Bernabé, 2014).

Para la vigencia 2013 su producción se ubica por debajo de lo obtenido en el 2012 con 10.526 consultas lo que equivale a una disminución del 48%. Sin embargo se observa un incremento en las Consultas realizadas en los Centros y Puestos de Salud, pero se hace necesario contar con los profesionales suficientes para atender oportunamente la demanda por este servicio en el Hospital ya que el indicador de oportunidad en la asignación de citas se encuentra por encima de los 3 días. (Hospital San Bernabé, 2014)

2.2.5 Urgencias. El servicio de Urgencias ha mostrado un aumento sostenido desde el año 2008 hasta el 2011, año en el cual logró su nivel de producción máxima con 39.038 actividades, para el 2012 se registró una disminución de alrededor del 10% mientras que en el año 2013 las actividades de Urgencias aumentaron en un 7,4% pasando de 35.351 actividades en 2012 a 37.952 en 2013.

El Hospital no realiza el Triage en un 100% por lo que la atención por urgencias se realiza para toda la población que solicite el servicio y no se clasifican como consulta prioritaria o consulta externa, esto conlleva a que el área se congestione y la oportunidad en el servicio se encuentre alrededor de los 29,8 minutos. Adicionalmente las personas buscan continuamente el servicio para la evasión del copago exigido por normatividad vigente para servicios ambulatorios en el Régimen Contributivo. A lo anterior se suma que muchas de las EPS-S sólo contratan con el Hospital las Consultas de medicina general urgentes pero no la consulta externa. (Hospital San Bernabé, 2014).

2.2.6 Hospitalización. La hospitalización o internación representa menos del 1% de la producción total, sin embargo su producción ha venido aumentando sostenidamente desde el año 2008 y hasta 2011 debido a que el hospital tenía un convenio con la Gobernación del Valle y las EPS privadas como Coomeva para la hospitalización en casa, a partir del 2012 el hospital no cuenta con dichos convenios, lo que se traduce en una disminución del 4% en dicho Período. Para el año 2013 se registró una disminución del 9% en este servicio, pasando de 344 egresos en 2012 a 313 en 2013. (Hospital San Bernabé, 2014).

2.2.7 Salas de parto. La Institución dispone de una (1) sala de partos, sin embargo la demanda de este servicio es relativamente baja por lo que la producción es mínima. A ello se suma que las madres gestantes del municipio son consideradas en su mayoría como embarazos de alto riesgo y son remitidos, en el cual se den a conocer las ventajas y las fortalezas de dicho servicio en el Hospital.

El nivel más alto de producción fue en el 2009 con 37 partos vaginales, mientras que para el 2013 tan solo se registraron 10 partos. (Hospital San Bernabé, 2014).

2.2.8 Servicios diagnósticos. Los servicios diagnósticos constituyen la cuarta actividad en producción de servicios con un 14% en 2012. Para la vigencia 2013 su producción representa el 14,1% del total obtenido en el Período constituyéndose como el tercer renglón de producción. Su comportamiento ha aumentado sostenidamente desde la vigencia 2008 hasta el año 2011 donde logró su máximo volumen con 41.100 exámenes. Para la vigencia 2012 presentó un decrecimiento del 14% que se explica por la disminución de Urgencias, mientras que en el 2013 la producción aumentó en un 3,27% pasando de 35.164 exámenes en 2012 a 36.313 en el año 2013. (Hospital San Bernabé, 2014).

Los exámenes de laboratorio aportan la mayor cantidad de ventas dentro de los servicios diagnósticos con un porcentaje de contribución del 97% en 2008, 95% en 2009, 92% en 2010, 90% en el 2011, 95% en 2012 y 98,7% en 2013.

2.2.9 Rehabilitación y terapias. El Hospital San Bernabé E.S.E. tiene habilitadas las Terapias Respiratorias y Fisioterapia, ambas actividades prestadas por dos Fisioterapeutas. Su producción aún es relativamente baja en comparación con otros servicios y aportan el 5% y 4,7% del total de la producción en los años 2012 y 2013 respectivamente. Durante los períodos de análisis se observa en las actividades de Fisioterapia una tendencia al alza de manera sostenida desde el año 2008 y hasta el año 2012 donde logró su mayor volumen de actividades con 11.583 terapias físicas realizadas. Para el Período 2013 la producción por este servicio disminuyó en un 14,8% debido a que se suspendieron los servicios prestados a EPS-S como Coomeva y Nueva EPS por demoras en los pagos, de igual manera se redujo el número de profesionales que atendían esta área.

2.2.10 Servicio farmacéutico. Representaba la principal actividad en producción de servicios con un 25% en 2012 mientras que para el 2013 representa el 24,3%. Con un comportamiento creciente desde el año 2008 obtuvo su mayor nivel de producción en el año 2012 con 61.203 medicamentos despachados. Sin embargo para el 2013 ha venido presentando una desaceleración en su producción con una reducción del 22,5% pasando de 61.203 en 2012 a 47.427 medicamentos entregados.

Es importante resaltar que la información de la Farmacia fue obtenida de los medicamentos despachados y no de las fórmulas despachadas, por lo que para poder realizar el ejercicio se partió del supuesto de que por fórmula se despachan alrededor de 3 medicamentos, entonces se dividió la cantidad de medicamentos despachados entre 3 para determinar la cantidad de fórmulas despachadas y poder realizar posteriormente los análisis de productividad. (Hospital San Bernabé, 2014)

2.2.11 Actividades extramurales. En esta área se incluyen las actividades de visitas domiciliarias e Institucionales por Plan de Intervenciones Colectivas y

Talleres Colectivos. Se empezó a prestar a partir del año 2009 y su tendencia ha sido alcista y sostenida desde entonces para las Visitas Domiciliarias. Logró su punto máximo en 2012 con 7.722 actividades debido a que se realizaban talleres en las instituciones educativas, en las brigadas de salud, se implementó la semana de la salud, el curso psicoprofiláctico entre otras actividades y para el año 2013 presenta una disminución del 9% con 7.000 actividades, representada básicamente por la reducción en el número de talleres colectivos realizados.

Antes de 2013 la información de los talleres colectivos correspondía al número de personas que participaban de los talleres y no de la cantidad de talleres realizados, por lo que para el año 2013 esta actividad registró un decrecimiento del 65,9% como resultado del cambio en la metodología de recolección de información.

Dentro de las actividades de medio ambiente, las Visitas Domiciliarias e Institucionales representaban el 98% en 2009, 97% para 2010, 90% en 2011, 69% en 2012 y 88,5% en el 2013. (Hospital San Bernabé, 2014).

3. ANÁLISIS DEL ENTORNO DEL HOSPITAL SAN BERNABÉ E. S. E.

El análisis del entorno es entendido como las fuerzas que influyen e inclusive determinan el comportamiento del sector y de la empresa en este caso el Hospital San Bernabé del Municipio de Bugalagrande Valle del Cauca, estas fuerzas o dimensiones permiten establecer un diagnóstico de la situación actual, partiendo de los hechos pasados, para así fortalecer el futuro de las organizaciones, las que enfrentan constantemente cambios gracias a la intervención de diferentes aspectos como la globalización, la interculturalidad difundida precisamente por los diferentes medios de comunicación interglobalizados, y las ideologías políticas y religiosas que de alguna manera empiezan a difundirse e incorporarse entre unos y otros estilos de vida. (Perez, C., 1990).

Se considera como macro ambiente al conjunto de fuerzas en las cuales se tienen en cuenta la posición geofísica del municipio, seguidamente de las fuerzas de carácter cultural y social, demográfico, económico, tecnológico, político gubernamental e institucional, jurídico, de esta manera la metodología propone descomponer el análisis del macro ambiente en estas categorías.

Las fuentes secundarias para realizar el análisis del entorno geofísico fueron los Plan de Atención Básica en Salud, PAB, Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, POS, Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POSS. Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos, Plan de Desarrollo Departamental de Salud 2012-2021.

3.1 ENTORNO GEOFÍSICO DEL MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE

El municipio de Bugalagrande está situado en las estribaciones del ramal central de los Andes colombianos hasta la planicie del Cauca; a una altura de 944 metros sobre el nivel del mar se encuentra su cabecera municipal, con posición astronómica de 4° 12' y 50" de latitud norte, y 12° 4' 5" de longitud oeste del meridiano de Bogotá.

A 4° 12 30" de latitud norte y 76° 9' 50" de longitud oeste del meridiano de Greenwich. La cabecera municipal dista de 113 km de Santiago de Cali, la Capital Departamental y a 94 km de Pereira la Capital Departamento de Risaralda. Bañado por los ríos Bugalagrande, Río Cauca y La Paila, se distribuye en los pisos térmicos cálido, templado y frío. (Alcaldía Municipal del Bugalagrande, 2015).

Los límites del municipio son: Por el norte con los municipios de Zarzal y Sevilla; por el sur con Andalucía; por el oriente con el río Bugalagrande que sirve de límite con el municipio de Tuluá; por el occidente con el río Cauca, que sirve de límite con los municipios de Río Frío y Bolívar.

El municipio de Bugalagrande posee diversidad de terrenos montañosos, depresiones y planos, posee además la serranía de la Morena, con 1700 metros de altura sobre el nivel del mar, donde su cabecera municipal se encuentra a 944 metros de altura sobre el nivel del mar, para un total de extensión de 411 km cuadrados, los 411 km² están divididos en 261 km de clima medio y 150 km de clima cálido.

Para llegar a Bugalagrande, saliendo de Cali o de Pereira, se dispone de una excelente carretera doble calzada (Vía panamericana). Posee tierras que se extienden desde la margen derecha del Río Cauca hasta la cordillera central. Su territorio es bañado por numerosas corrientes y por los ríos Bugalagrande, Río Cauca, y La Paila.

En el aspecto climático, “La temperatura media anual es de 20°C en Tetillal y Pardo y temperatura máxima de 30°C en la parte baja, mínima de 8°C en el Alto de La Italia. El bosque seco tropical abarca el 29% del área total del municipio hacia el occidente; tiene como límites climáticos una temperatura superior a 24°C y un promedio anual de lluvia entre 1.000 y 2.000 mililitros. Se presentan zonas cuya elevación está entre 0 y 1.000 metros sobre el nivel del mar debido a los efectos locales de variación.

El bosque seco subtropical abarca el 1% del área total, hacia el extremo sur-oriente, con límites climáticos generales de menos de 24°C y promedio anual de lluvia variable entre 300 y 100 milímetros y una faja altimétrica aproximada entre 800 y 2.000 metros de altitud. El bosque húmedo tropical abarca el 48% del área total, en dirección norte sur. Tiene como límites climáticos una temperatura media anual entre 900 y 2.000 metros de altitud con las variaciones propias locales.

El bosque húmedo subtropical abarca el 22% del área total del municipio hacia el extremo oriental. Sus límites climáticos son: temperatura media entre 10°C y 24°C y 4.000 mililitros de precipitación promedio anual de lluvias; 1.000 metros de altitud en general con variaciones según los lugares, siendo el Jigual su parte más lluviosa.” (Morales y Wallens, 1981: 82 - 83). Esto permite plantear que Bugalagrande posee 3 pisos térmicos: Cálido, templado y frío, según la ubicación dentro del municipio, ya sea en su parte urbana, rural plana, o rural montañosa.

La principal fuente hídrica del municipio de Bugalagrande, es el río Bugalagrande, “cuya longitud es de 81 Km, se conforma en el sitio de la Unión, en la cuenca lata, al juntarse las aguas del río Tibí, que nace en la laguna la Rivera, al norte del páramo de la Cascada y es de curso este-oeste, con las de la extensa y caudalosa Quebrada Los Osos, de curso sur-norte y cuyo nacimiento está en Peñas Blancas, a 3.600 metros sobre el nivel del mar, al extremo sur del páramo de Barragán.

En su largo recorrido, primero en dirección noroeste hasta que desemboca en la importante quebrada Chorreras; luego norte hasta Altamira y desde allí en sentido suroeste hasta un poco debajo de San Rafael y después noroeste hasta su confluencia en el Cauca. El río Bugalagrande recibe numerosos afluentes por ambas de sus márgenes. Algunos estos son muy importantes, tales como los ríos la Fe y Canadá y las quebradas Alegrías, Chorrerón, Ballesteros, Playas Verdes, San Miguel por la margen derecha; y el río Frazadas y las quebradas Chorreras, Las Mirlas, La Begonia, Norcasia, Quebradagrande, Piedritas, Piedrasgordas, La Mina, La Luisa, El placer y Potrerillo por la margen izquierda.

Aun cuando mayores en épocas de lluvia, todas las corrientes nombradas tienen disponibilidades adecuadas de agua durante todo el año, que son intensamente utilizadas en la misma cuenca y fuera de ella con fines de consumo humano, agropecuario e industrial. Sus usuarios oscilan entre los 300 debidamente reglamentados. Del uso industrial y doméstico se benefician cerca de 30.000 personas. Este río riega alrededor de 15.000 hectáreas de cultivo. De unos 5 Km antes de la población de Bugalagrande se desprende, por ejemplo, un importante canal artificial por medio del cual se desvían un apreciable volumen de agua del río Bugalagrande al río La Paila, para fines de irrigación.” (Wallens, 2003: 23-24).

Es importante destacar, que Bugalagrande también es recorrida en su margen occidental por el Río Cauca y en la zona noroccidental por el Río La Paila; también se cuenta con humedales como: El Cementerio, El Mateo, El Pital, San Antonio y Caballo Negro. En cuanto a flora y fauna, aproximadamente el 80% de los humedales están cubiertos por Junco (*Eleocharis elegans*), Buchón de Agua (*Eichhornia Crassipes*), Lechuguilla (*Pistia stratiotes*), y tabaquillo (*Polugonum densiflorum*). Los bosques que rodean los humedales son poco densos, en los cuales prevalecen las especies flor amarillo o Velero (*Senna spectabilis*), Higuierilla (*Ricinus Comunnis*), Saman (*Pithecellobium Saman*), Guazimo (*Guazum ulmifolia*), y Espino de Mono (*Pithecellobium lanceolatum*). En cuanto a la fauna íctica se encuentran dos especies nativas de la cuenca alta del río Cauca, el Bocachico y la Sardinita y especies introducidas como la Tilapia herbívora, Mojarra nilótica, Mojarra amarilla y Luminosa y Carpa espejo.

En anfibios y reptiles, la Rana toro es la especie más abundante, causando desequilibrios en el ecosistema por ser depredadora y voraz. Otras especies presentes son la Iguana, Chucha común y el Chigüiro. La avifauna representa el porcentaje más alto en cuanto a número de especies acuáticas y terrestres, entre las cuales se encuentran la Iguaza, el Zambullidor común, el Pato aguja, el Garzón azul, el Garzón real, la Garza del ganado, Caracolero común, la Polla azul, la Polla gris, el Gallito de ciénaga, el Pellar, el Azulejo común y el Cucarachero común, entre otros.

Para concluir es esencial reconocer que existen organizaciones de carácter ambiental como: “Guabineros, Río Bugalagrande, Asoservir, Rojas Orjuela,

Sociedad protectora de animales y grupo ecológico Sembradores de Paz y Ambiente de la Institución Educativa Diego Rengifo Salazar, y Nueva Vida (Fundación para la protección de animales).” (Wallenz, 2008: 15).

Ilustración 2. Municipio de Bugalagrande



Fuente: <http://www.mibugalagrande.net/historia/>

En la Tabla 6, se realiza la descripción geofísica del municipio de Bugalagrande Valle del Cauca.

Tabla 6. Datos Geofísicos del municipio

Datos Geofísicos del municipio	
Extensión:	374 Km2.
Distancia:	115 Km de Cali.
Características Geográficas:	Dos regiones, una Plana correspondiente al Fértil Valle del Río del Cauca y otra Montañosa ubicada al Oriente.
Rio(s) Principal(es):	Cauca, Bugalagrande y La Paila.
Ubicación	4°12'27"N 76°09'27" O Coordenadas: 4°12'27"N 76°09'27"O (mapa)
Altitud	9.501 msnm
Distancia	1.151 km a Cali

Temperatura	23 Grados centígrados
--------------------	-----------------------

Fuente: <http://www.bugalagrande-Valle.gov.co/indicadores.shtml#poblacion>

En la Tabla 7 se realiza el análisis del Macroambiente del Hospital San Bernabé del municipio de Bugalagrande.

GUÍA DE ANÁLISIS DEL MACROAMBIENTE EMPRESA: HOSPITAL SAN BERNABÉ BUGALAGRANDE
VALLE DEL CAUCA
ENTORNO: Geofísico del Municipio de Bugalagrande

Tabla 7. Guía de Análisis del Macroambiente Entorno Geofísico

<i>VARIABLE</i>	<i>A/O</i>	<i>AM</i>	<i>am</i>	<i>om</i>	<i>OM</i>
Excelente posición geográfica en el departamento del Valle del Cauca.	O				X
Ubicación geográfica de la Institución de Salud en el área urbana con biodiversidad de fauna y flora.	O				X
El municipio posee gran diversidad de climas, topografías y pisos térmicos.	O				X
Disminución progresiva de la frontera agrícola diversificada por el cultivo de la caña, impactando en el empleo y el medio ambiente “recurso agua”.	O				X
Cercanía del municipio de Tuluá con la Capital de Departamento Cali (115 Km).	O				X
Desarrollo de los municipios con Entidades Administrativas y de Colaboración a nivel Departamental.	O				X
El municipio cuenta con vías de acceso en buen estado, aunque en época invernal se presentan algunas dificultades de acceso.	A		X		

Fuente: Los autores a partir del Modelo de Betancourt (2011)

3.2 ENTORNO SOCIO CULTURAL

El municipio de Bugalagrande se encuentra localizado en el Sur- Occidente de Colombia, entre el Océano Pacífico y la Cordillera Central en el departamento del Valle del Cauca. El gentilicio es “bugalagrandeños”, pero esto ha variado en la historia, inicialmente los antecesores les llamaron “Los Guabinero”, es decir, sitio poblado de guabinos; lugar donde habitan las sardinas, principal producto alimenticio para los pobladores. (Alcaldía Municipal de Bugalagrande, 2015)

Actualmente el entorno cultural del municipio ha tenido una transformación significativa, a partir de la descentralización del arte en todas sus expresiones. El Ente principal en velar por los procesos es la Administración Municipal, a través de la Casa de la Cultura que en la actual prestadora de servicios en Música con la Escuela de Formación Musical Manuel Salazar, grupo de danzas “Estampas Negras”, grupo de danza moderna, taller de pintura, Biblioteca Pública, taller de producción audiovisual y teatro, todos estos procesos al beneficio de la comunidad

en general sin ningún tipo de costo para los usuarios. (Alcaldía Municipal de Bugalagrande, 2015).

La cultura no sólo está ligada a procesos gubernamentales, además durante esta última década se han creado diferentes organizaciones sin ánimo de lucro que buscan fortalecer estos procesos aún más, como lo es la Fundación La Otra Esquina, Fundación Cultura Sin Límite (Apoyo a la Escuela de Formación Musical Manuel Salazar), Fundación Juvenil Jorge Cárdenas.

Bugalagrande es característico por su slogan “Alegre, Hospitalario y Tradicional”, donde se congregan todas las actividades auténticas, como es la celebración de la Semana Santa infantil en el casco urbano, actividades culturales y artísticas en la Capilla Colonial, entre otras en el marco de la semana mayor, de igual manera la actual Administración rescató la tradicional conmemoración del Día de la Mujer, celebración de la Fiesta de las Madres, “Aquel 20 de Julio”, como olvidar las Fiestas del Retorno que con Música, desfiles y gastronomía hacen de este el mejor certamen de nuestro municipio y así como éstas, son muchos eventos que no han dejado de existir, pasando de generación en generación. (Alcaldía Municipal de Bugalagrande, 2015).

La gestión a nivel Departamental y Nacional ha incrementado gracias a la voluntad política y al trabajo incansable de Gestores Culturales que tienen sentido de pertenencia por el desarrollo social de los bugalagrandeños, siendo este municipio reconocido por su emprendimiento en el Fondo Mixto, la Secretaría Departamental de Cultura y el Ministerio de Cultura Nacional.

La Institucionalidad de la Cultura se viene fortaleciendo a través del Consejo Municipal de Cultura, organización descentralizada que tiene por objetivo velar, vigilar y proponer ideas o proyectos a favor de la Cultura local, siendo éste conformado por instituciones de carácter cultural, gestores culturales y la Administración Municipal.

La cultura del turismo en Bugalagrande ha tenido historia de manera intermitente, ya que los procesos han sido obstaculizados de alguna manera, por ahora se está trabajando con los atractivos turísticos de mayor reconocimiento en la región como lo son el tradicional pasó de la barca en Caramanta, la Capilla Colonial Nuestra Señora de la Concepción, el Río Bugalagrande, las Fiestas del Retorno y la Gastronomía como tal, que juega un papel importante en la identidad de nuestro Municipio, específicamente desde el mecate con el Dulce de Manjar Blanco y en comida de Sal por el Sancocho de Gallina, además el plato que nunca falta en las casa de los bugalagrandeños los frijoles y el acostumbrado Tamal Valluno.

“Donde hay un Ébano seguramente habita un bugalagrandeño”, así lo describe el escritor León Pablo Wallens, ya que es característico de nuestra cultura cultivar un árbol de estos en el jardín de cada vivienda, tanto es obtuvo el título de Cuna del Ébano, porque fue el primer municipio donde se sembró esta especie.

De hecho como esta especie de árbol que hace del municipio único, son muchos los personajes típicos quienes contribuyen en el legado que hoy conocemos a través de la historia municipal, incluso Bugalagrande es Arriagada a la trascendencia de los conocimientos propios populares.

El municipio cuenta con una Casa de la Cultura, que oferta los servicios de clases y talleres en danza, teatro, música, pintura, dibujo, atiende una población de 600 personas, cuenta además con biblioteca, salón Infantil 500 beneficiadas, existe una escuela de música, grupo de danzas de reconocimiento cultural, existen organizaciones como son “La Otra Esquina” y programas complementarios que ofrece las instituciones y empresas privadas ubicadas en el municipio. Ver Tabla 8.

Tabla 8. Programas del municipio que apoyan el arte y la cultura

Programa	Especificaciones
Programa dirigido al Adulto Mayor	Se cuenta con un Consejo y Veintidós grupos de Adulto Mayor, Donde se atienden 500 personas. Programa Colombia Mayor: atiende 1.116 personas.
Programa para la atención de la población víctimas del conflicto armado.	Atiende 2.690 Personas
Programa Familias en Acción	Atiende 1.416 familias.
Programa de LUDOTECAS	Atiende 35 niños y niñas.
Programa desayunos Con Amor	Atiende 69 niños y niñas.
Programa refrigerio escolar	Atiende 1.116 niños y niñas.

Fuente: Alcaldía Municipal de Bugalagrande

3.2.1 Organización político – administrativa del municipio de Bugalagrande

El municipio de Bugalagrande cuenta con 9 corregimientos los cuales son Ceilán, Chorreras, el Guayabo, el Overo, Galicia, Mestizal, Paila Arriba, San Antonio y Uribe Uribe. (Plan de Desarrollo del Valle del Cauca, 2012-2015).

3.2.2 Oferta educativa. Debido a la oferta de servicios en el sector educativo, al fácil acceso a la educación, al igual que el nivel de vida aceptable de muchos bugalagrandeños ha incidido en que el promedio de bachilleres y profesionales universitarios sea alto en el municipio. (Plan de Desarrollo del Valle del Cauca, 2012-2015).

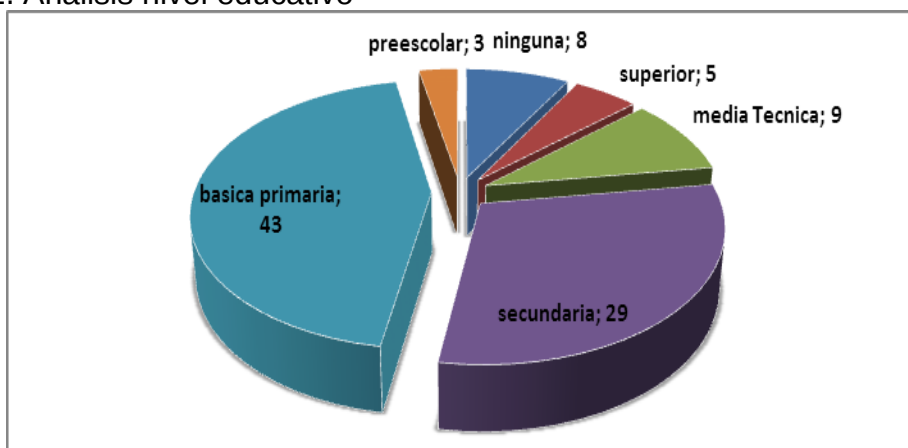
El Municipio cuenta con cuatro I.E. Educativas públicas, con tres privadas que tienen presencia en el casco urbano y en los diferentes corrimientos y veredas.

La población atendida por estas instituciones es de aproximadamente 4.824 estudiantes.

Existen servicios adicionales para primera infancia como hogares comunitarios, jardines infantiles, ludoteca y programas como Fundapre y Fundación Sonreír que se dedica a la atención exclusiva de niños y niñas con discapacidad.

Lo anterior muestra que la cobertura educativa es del 93% y la deserción escolar es del 7%, el 5.4% de la población tiene un nivel superior en educación, el 0.2 es Normalista, el 9.2 con formación técnica. (Plan de Desarrollo del Valle del Cauca, 2012-2015).

Gráfico 1. Análisis nivel educativo

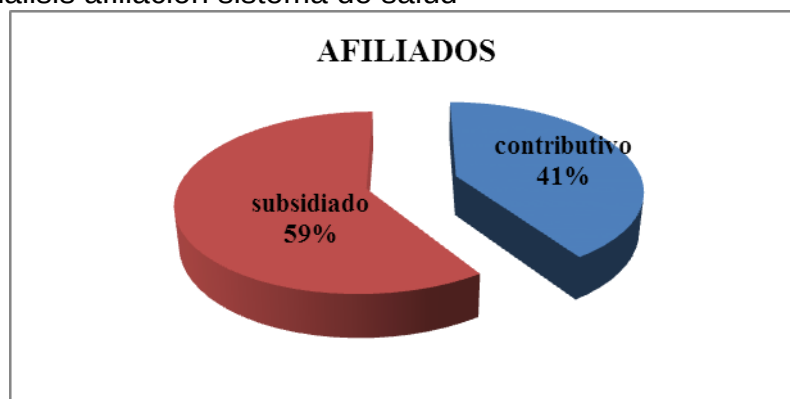


Fuente: Datos Plan de Desarrollo 2012 – 2015 “Todos Trabajando Por el Cambio” Municipio de Bugalagrande – Valle del Cauca- Colombia.

3.2.3 Salud. El municipio cuenta con un Hospital de Nivel 1 el cual hace presencia en varios corregimientos a través de 11 puestos de salud; a junio de 2014 se tenía una cobertura de 11.706 del Régimen Subsidiado a través de dos Entidades Promotoras de Salud Emssanar, Café Salud y régimen contributivo 8.017.

El gráfico 2 muestra la participación de la población por cada una de los sistemas de salud que el Gobierno Nacional dispone para la atención en salud de los habitantes, en el caso de Bugalagrande el 59% de la población se encuentra atendida en el régimen subsidiado y el 41% en el contributivo.

Gráfico 2. Análisis afiliación sistema de salud



Fuente: Datos Plan de Desarrollo 2012 – 2015 “Todos Trabajando Por el Cambio” Municipio de Bugalagrande – Valle del Cauca- Colombia.

3.2.4 Recreación y deporte. Los servicios ofertados en el municipio son amplios, cuenta con las siguientes instalaciones físicas: Polideportivos, un coliseo cubierto, una pista de patinaje, parques y zonas verdes y 3 parques recreacionales. El municipio desarrolla programas orientados al fomento del deporte en fútbol, baloncesto, voleibol, patinaje, futbol sala, natación, ciclismo, ciclo montañismo, taekwondo, ajedrez, tejo entre otros. Algunos de estos programas llegan igualmente a la zona rural.

GUÍA DE ANÁLISIS DEL MACROAMBIENTE EMPRESA: HOSPITAL SAN BERNABÉ BUGALAGRANDE
VALLE DEL CAUCA
ENTORNO: Socio Cultural del Municipio de Bugalagrande

Tabla 9. Guía de Análisis del Macroambiente Socio Cultural

VARIABLE	A/O	AM	am	om	OM
Educación para todos en donde se reconoce la diversidad de creencias y culturas.	O				X
El municipio de Bugalagrande cuenta la Administración municipal (Consejo municipal) que es la encargada de gestionar los procesos a través de la Casa de la Cultura que en la actual prestadora de servicios en Música con la Escuela de Formación Musical Manuel Salazar, grupo de danzas “Estampas Negras”.	O				X
En el municipio se fomenta el deporte y la recreación para niños, adolescentes, adultos y adulto mayor, en pro de e mejorar la calidad de vida de los habitantes.	O				X
La oferta de servicios en educación es de fácil acceso a los bugalagrandeños, contando el municipio con bachilleres, técnicos, pudiendo estos lograr la profesionalización en las ciudades cerca al municipio como Roldanillo, Tuluá, Cali entre otras de fácil acceso por la cercanía entre ciudades.	O				X
La presencia del Hospital San Bernabé en el municipio ha garantizado a la población la atención en los sistemas de salud que el Gobierno Nacional ha dispuesto, régimen subsidiado y contributivo.	O				X
Violencia y extorsión generalizada que impide la labor de los funcionarios públicos.	A	X			

Fuente: Los autores a partir del Modelo de Betancourt (2011)

El municipio de Bugalagrande se apropia de la política social que posibilita la cohesión comunitaria y ciudadana, propicia las condiciones de vida digna, garantiza un “vivir bien” en un contexto de desarrollo a escala humana en condiciones de equidad.

3.3 ENTORNO DEMOGRÁFICO

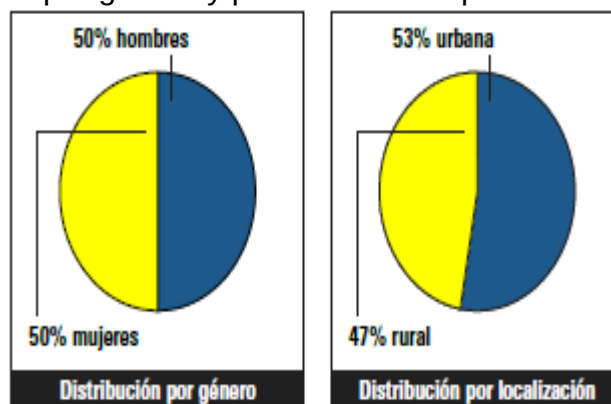
La demografía como ciencia encargada del estudio cuantitativo, situacional y de variación en el tiempo de la población humana, sirve a los especialistas para definir como grande, mediano o pequeña una localidad, según su número de habitantes y posición de desarrollo relativo en el contexto que la contiene.

Determina el comportamiento de la población atendida por la empresa y de aquella por atender con el proyecto, su tasa de crecimiento, los procesos de migración, la composición por grupos de edad, sexo, educación y ocupación, población económicamente activa, etc. (Universidad de Manizales, 2014).

De acuerdo con información suministrada por el (DANE, 2005), en la ficha elaborada por para cada municipio por departamento, denominada Información Municipal para la Toma de Decisiones se describe la básica sobre la realidad del municipio de Bugalagrande contribuyendo a la formulación y monitoreo de planes de desarrollo y políticas públicas locales. La ficha mencionada recoge los datos disponibles en fuentes oficiales del nivel nacional con respecto a las principales responsabilidades del gobierno municipal.

Ahora bien de acuerdo con la información que contiene la ficha se evidencia que el municipio de Bugalagrande cuenta de acuerdo al censo del 2005, información conciliada a junio 30 de 2005 con una población de 21.601 habitantes, con una proyección para el 2007 de 21.222 habitantes. Según el Censo 2005, el 50% de la población son mujeres y el 50% hombres El 47% de la población vive en área rural y el 53% en el área urbana, en el municipio habitan en promedio 50,35 habitantes por Km cuadrado.

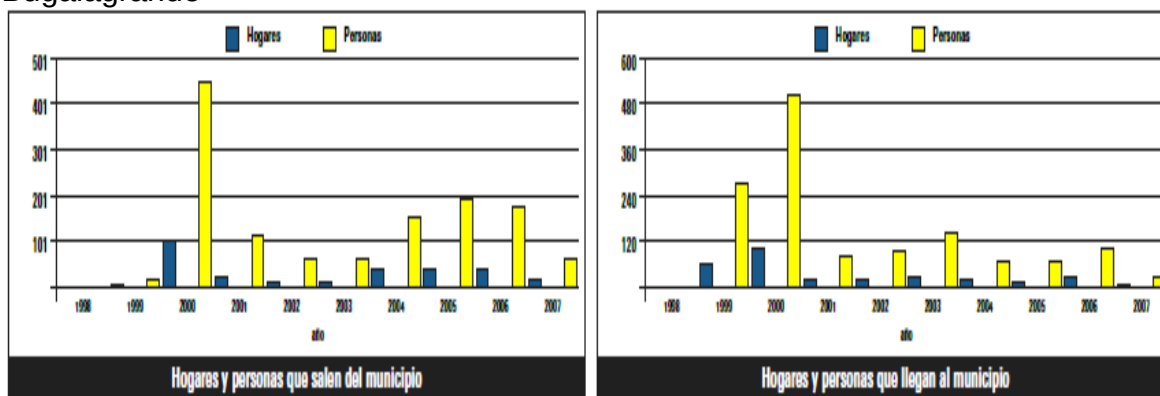
Gráfico 3. Distribución por género y por localización población de Bugalagrande



Fuente: Dane, Información Municipal para la Toma de Decisiones

En 1993 el 29,10 % de la población tenía necesidades básicas insatisfechas o se encontraba en condiciones de pobreza, cifra que disminuyó significativamente a 21,43 % en el 2005. La población con mayores carencias se encuentra en el área rural (29,18%). Debido a factores de orden público, entre 1998 y 2007 abandonaron el municipio 1.297 personas, en total correspondientes a 305 hogares. En el mismo período el municipio recibió 1.368 personas en total, correspondientes a 308 hogares. Ver gráfico 4. (DANE, 2005).

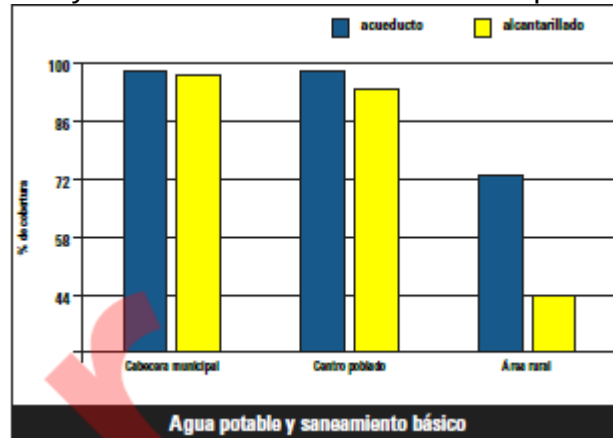
Gráfico 4. Hogares y personas que salen y llegan del municipio del municipio de Bugalagrande



Fuente: Registro Único de Población Desplazada, Subdirección Atención a Población desplazada, Agencia Presidencial para la Acción Social y Cooperación Internacional

En cuanto a la cobertura para 2005 en áreas de cabecera municipal es de 97,59% centro poblado de 97,83 % y área rural de 72,60 %. En alcantarillado, la cobertura para 2005 en las áreas de cabecera municipal es de 97,29 %, centro poblado de 94,10 % y área rural de 43,90 %. (DANE, 2005).

Gráfico 5. Agua potable y saneamiento básico del municipio de Bugalagrande



Fuente: Dane, Información Municipal para la Toma de Decisiones

La conectividad del municipio de Bugalagrande es manejada por 2 instituciones públicas conectadas a diciembre de 2006 en el programa COMPARTEL, en el municipio existían al 2006 3 telecentros. La cobertura en telefonía fija en las áreas de cabecera municipal es de 64,73 %, centro poblado de 17,80 % y área rural de 15,04 %. (DANE, 2005).

La cobertura del servicio de energía eléctrica en las áreas de cabecera municipal es de 98.91%, centro poblado de 97.94% y área rural 94.31%

3.3.1 Perfil epidemiológico del municipio de Bugalagrande

3.3.1.1 Morbilidad general. La información correspondiente a la mortalidad 2010 a la fecha septiembre 5, no ha sido consolidado en su totalidad; por dicho motivo decide usarse la última información disponible que corresponde a la del año 2009, la fuente proviene de estadísticas vitales de la Secretaría de Salud Departamental del Valle y los datos de Colombia fueron tomados del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE).

En Bugalagrande se presentaron 81 muertes en el año 2009, la primera causa de muerte son infarto agudo de miocardio con 22 casos que representan el 27% del total de muertes. Le sigue homicidios con 14 casos (17%). Ver Tabla 10.

Tabla 10. Primeras 20 causas de mortalidad en el municipio de Bugalagrande año 2009

20 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE AÑO 2009			
NUM	CAUSA	TOTAL	%
1	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION	22	27%
2	HOMICIDIO	14	17%
3	NO INTENCIONAL O ACCIDENTAL	5	6%
4	TRANSITO	5	6%
5	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO, PARTE NO ESPECIFICADA	5	6%
6	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS O DEL PULMON, PARTE NO ESPECIFICADA	4	5%
7	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO, NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	3	4%
8	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, NO ESPECIFICADA	2	2%
9	ANEMIA APLASTICA, SIN OTRA ESPECIFICACION	1	1%
10	BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO	1	1%
11	BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA	1	1%
12	BRONQUITIS CRONICA NO ESPECIFICADA	1	1%
13	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	1	1%
14	CHOQUE CARDIOGENICO	1	1%
15	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA CON OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS	1	1%
16	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)	1	1%
17	ENFERMEDAD ISQUEMICA AGUDA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	1	1%
18	ENFERMEDAD POR VIH, RESULTANTE EN OTRAS AFECCIONES ESPECIFICADAS	1	1%
19	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO QUE COMPLICAN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO	1	1%
20	FRACTURA PATOLOGICA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	1	1%
	SUBTOTAL	72	89%
	OTRAS	9	11%
	TOTAL	81	100%

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Valle año 2009.

En Colombia para el año 2009 ocurrieron 196.933 muertes, siendo el 16,8% de estas por causas externas (33.259 casos). En el Valle del Cauca durante el 2009 se presentaron 26.115 muertes, de las cuales el 19,4% corresponden a causas externas (5.072 casos). Yotoco es el municipio con mayor aporte de causas externas al total de los casos (47,4%). En Bugalagrande el 30.9% son por causas externas. Ver Tabla 11.

Tabla 11. Mortalidad en el Valle del Cauca según tipo de muerte 2009

MORTALIDAD EN EL VALLE DEL CAUCA SEGÚN TIPO DE MUERTE 2009					
	CAUSA EXTERNA (19,4%)		NATURAL (80,6%)		TOTAL
	CASOS	%	CASOS	%	
ALCALA	18	33,3	36	66,7	54
ANDALUCIA	22	32,8	45	67,2	67
ANSERMANUEVO	27	30,0	63	70,0	90
ARGELIA	3	13,0	20	87,0	23
BOLIVAR	20	34,5	38	65,5	58
BUENAVENTURA	246	22,5	845	77,5	1091
BUGA	141	17,2	679	82,8	820
BUGALAGRADE	25	30,9	56	69,1	81
CAICEDONIA	51	32,7	105	67,3	156
CALI	2913	17,8	13415	82,2	16328
CALIMA	19	30,6	43	69,4	62
CANDELARIA	67	32,4	140	67,6	207
CARTAGO	137	14,7	792	85,3	929
DAGUA	67	42,4	91	57,6	158
EL AGUILA	11	34,4	21	65,6	32
EL CAIRO	9	27,3	24	72,7	33
EL CERRITO	52	28,7	129	71,3	181
EL DOVIO	17	32,7	35	67,3	52
FLORIDA	40	23,1	133	76,9	173
GINEBRA	10	17,2	48	82,8	58
GUACARI	28	25,2	83	74,8	111
JAMUNDI	88	31,4	192	68,6	280
LA CUMBRE	9	21,4	33	78,6	42
LA UNION	54	36,0	96	64,0	150
LA VICTORIA	16	28,1	41	71,9	57
OBANDO	11	22,4	38	77,6	49
PALMIRA	293	14,4	1747	85,6	2040
PRADERA	39	22,9	131	77,1	170
RESTREPO	17	25,0	51	75,0	68
RIOFRIO	18	27,7	47	72,3	65
ROLDANILLO	63	22,6	216	77,4	279
SAN PEDRO	12	31,6	26	68,4	38
SEVILLA	39	23,5	127	76,5	166
TORO	25	30,9	56	69,1	81
TRUJILLO	11	23,4	36	76,6	47
TULUA	224	19,2	945	80,8	1169
ULLOA	6	24,0	19	76,0	25
VERSALLES	9	31,0	20	69,0	29
VIJES	10	35,7	18	64,3	28

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Valle año 2009.

En Colombia del total de muertes por causas externas, la participación más alta la tienen los homicidios que aportan el 59% de las ocurridas por causas externas (20.067 casos de homicidio). Le siguen las muertes en eventos de tránsito que aportan el 20% de las ocurridas por causas externas. En el Valle, la participación más elevada la tienen los homicidios con el 66%, seguido por las muertes en tránsito con el 18%. En Bugalagrande los homicidios aportan el 56.0% al total de las causas externas. Ver Tabla 12.

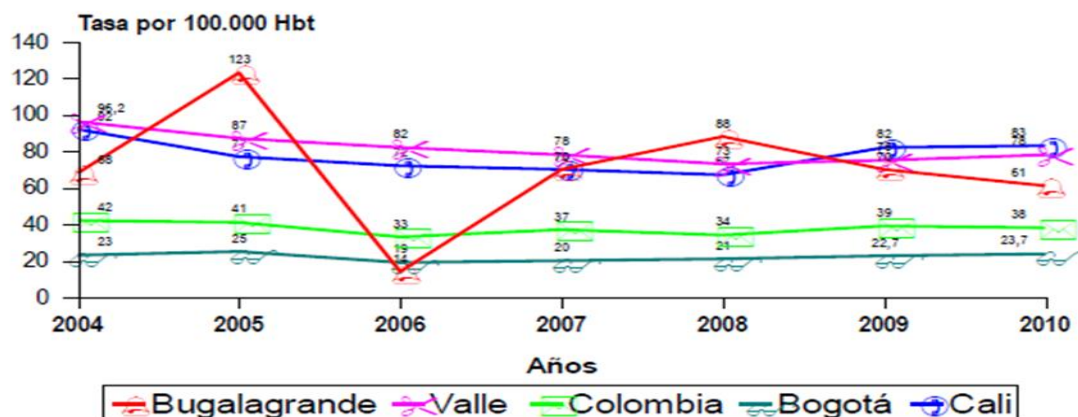
Tabla 12. Mortalidad por causas externas según causa específica de muerte, Valle del Cauca 2009

MORTALIDAD POR CAUSAS EXTERNAS SEGÚN CAUSA ESPECÍFICA DE MUERTE VALLE DEL CAUCA 2009											
MUNICIPIOS	C. EXT. INTENCIÓN NO DETERMINADA (4%)		HOMICIDIO (66%)		NO INTENCIONAL O ACCIDENTAL (8%)		SUICIDIO (4%)		TRANSITO (18%)		TOTAL CAUSAS EXTERNAS
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	
ALCALA	0	0,0	14	77,8	1	5,6	0	0,0	3	16,7	18
ANDALUCIA	0	0,0	17	77,3	2	9,1	1	4,5	2	9,1	22
ANSERMANUEVO	2	7,4	15	55,6	3	11,1	4	14,8	3	11,1	27
ARGELIA	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	3
BOLIVAR	0	0,0	15	75,0	3	15,0	0	0,0	2	10,0	20
BUGA	6	4,3	78	55,3	17	12,1	10	7,1	30	21,3	141
BUGALAGRANDE	0	0,0	14	56,0	5	20,0	1	4,0	5	20,0	25
BVENTURA	11	4,5	135	54,9	46	18,7	14	5,7	40	16,3	246
CAICEDONIA	1	2,0	40	78,4	0	0,0	6	11,8	4	7,8	51
CALI	110	3,8	1938	66,5	252	8,7	93	3,2	520	17,9	2913
CALIMA	0	0,0	11	57,9	6	31,6	1	5,3	1	5,3	19
CANDELARIA	4	6,0	31	46,3	1	1,5	3	4,5	28	41,8	67
CARTAGO	13	9,5	89	65,0	5	3,6	9	6,6	21	15,3	137
DAGUA	5	7,5	36	53,7	6	9,0	4	6,0	16	23,9	67
EL AGUILA	3	27,3	6	54,5	0	0,0	2	18,2	0	0,0	11
EL CAIRO	0	0,0	6	66,7	2	22,2	0	0,0	1	11,1	9
EL CERRITO	1	1,9	31	59,6	4	7,7	2	3,8	14	26,9	52
EL DOVIO	0	0,0	13	76,5	2	11,8	0	0,0	2	11,8	17
FLORIDA	2	5,0	30	75,0	1	2,5	3	7,5	4	10,0	40
GINEBRA	0	0,0	5	50,0	0	0,0	2	20,0	3	30,0	10
GUACARI	0	0,0	14	50,0	3	10,7	0	0,0	11	39,3	28
JAMUNDI	2	2,3	65	73,9	2	2,3	3	3,4	16	18,2	88
LA CUMBRE	1	11,1	4	44,4	0	0,0	3	33,3	1	11,1	9
LA UNION	0	0,0	47	87,0	0	0,0	4	7,4	3	5,6	54
LA VICTORIA	0	0,0	14	87,5	0	0,0	0	0,0	2	12,5	16
OBANDO	0	0,0	9	81,8	0	0,0	0	0,0	2	18,2	11
PALMIRA	7	2,4	208	71,0	8	2,7	14	4,8	56	19,1	293
PRADERA	1	2,6	26	66,7	4	10,3	3	7,7	5	12,8	39
RESTREPO	0	0,0	9	52,9	2	11,8	3	17,6	3	17,6	17
RIOFRIO	0	0,0	9	50,0	2	11,1	0	0,0	7	38,9	18
ROLDANILLO	0	0,0	56	88,9	1	1,6	1	1,6	5	7,9	63
SAN PEDRO	2	16,7	6	50,0	1	8,3	0	0,0	3	25,0	12
SEVILLA	3	7,7	25	64,1	4	10,3	2	5,1	5	12,8	39
TORO	0	0,0	19	76,0	1	4,0	1	4,0	4	16,0	25
TRUJILLO	0	0,0	8	72,7	1	9,1	1	9,1	1	9,1	11
TULUA	12	5,4	147	65,6	21	9,4	10	4,5	34	15,2	224
ULLOA	0	0,0	3	50,0	1	16,7	1	16,7	1	16,7	6
VERSALLES	0	0,0	8	88,9	0	0,0	1	11,1	0	0,0	9
VIJES	0	0,0	4	40,0	0	0,0	2	20,0	4	40,0	10
YOTOCO	0	0,0	15	53,6	1	3,6	2	7,1	10	35,7	28

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Valle año 2009.

3.3.1.2 Tendencia de los homicidios en el Valle del cauca Valle. Período 2004 – 2010. En Bugalagrande la mayor frecuencia de casos se observó en el año 2005 (32); el año 2004 y 2010 presentaron el menor número (15); el mayor número de casos en un mes ocurrió en mayo del año 2007 con 10 casos. Ver Gráfico 6.

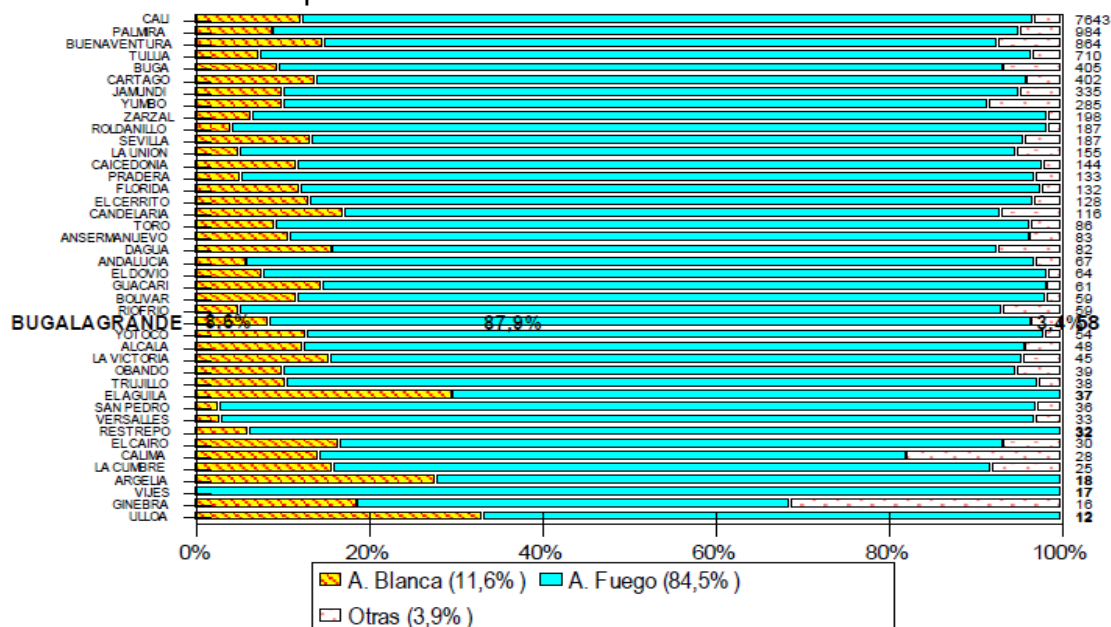
Gráfico 6. Tasa por habitantes



Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Valle año 2009.

Para identificar algunas variables relacionadas con la ocurrencia de los homicidios, la agrupación de los casos ocurridos a partir del año 2007, hasta el 31 de marzo del 2011, permite consolidar conclusiones más robustas y sólidas dado el bajo número de casos que ocurren anualmente en algunos municipios. En el Valle del Cauca ocurrieron durante dicho Período de 4 años y 3 meses 14.135 homicidios, de los cuales el 84,5% fueron por arma de fuego, el 11,6% por arma blanca y un 4% por otras armas. En Bugalagrande en dicho lapso ocurrieron 58 homicidios, el 87,9% por arma de fuego, el 8,6% por arma blanca y un 3,4% por otras armas. Ver Gráfico 7.

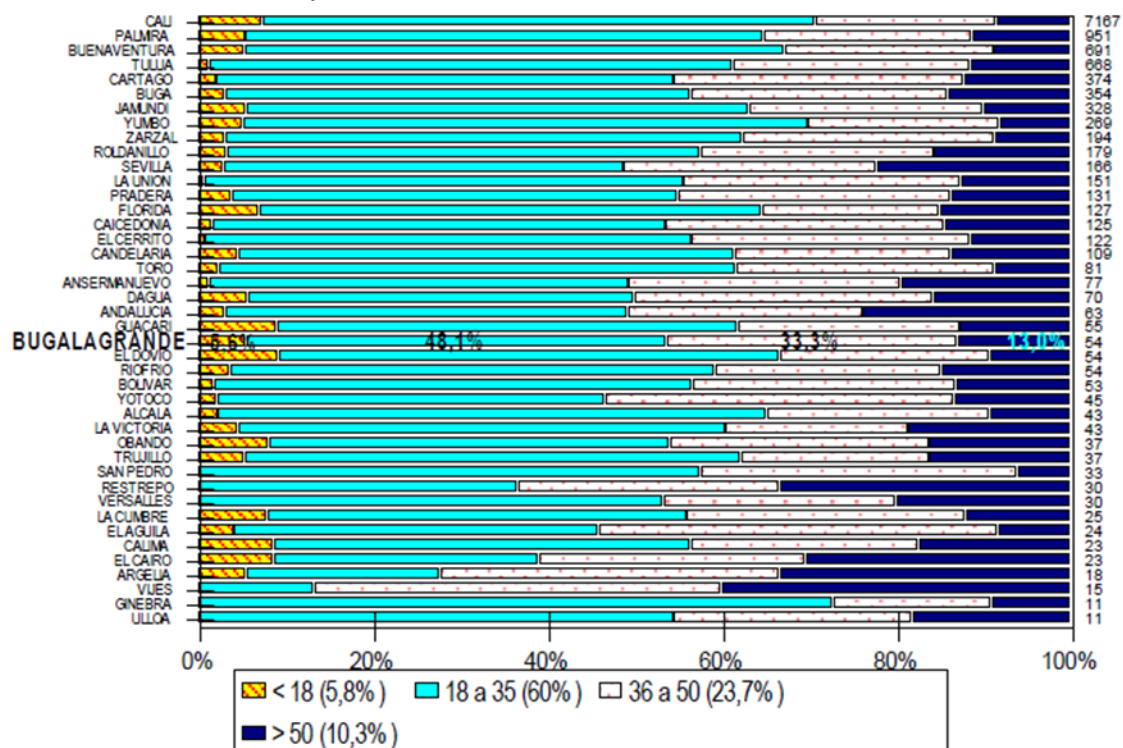
Gráfico 7. Homicidios por ciudades



Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Valle año 2009.

Con relación a las edades de las víctimas el 60% de los casos de homicidio en el Valle ocurrieron en personas de 18 a 35 años; el 23,7% en personas de 36 a 50 años; el 10,3% en mayores de 50 años, y el 5,8% en menores de 18 años. Los municipios de El Dovio y Guacarí con el 9% presentan la mayor afectación de población menor de 18 años. En Bugalagrande el mayor aporte lo hacen las personas de 18 a 35 años con el 48,1% de los casos. Ver Gráfico 8.

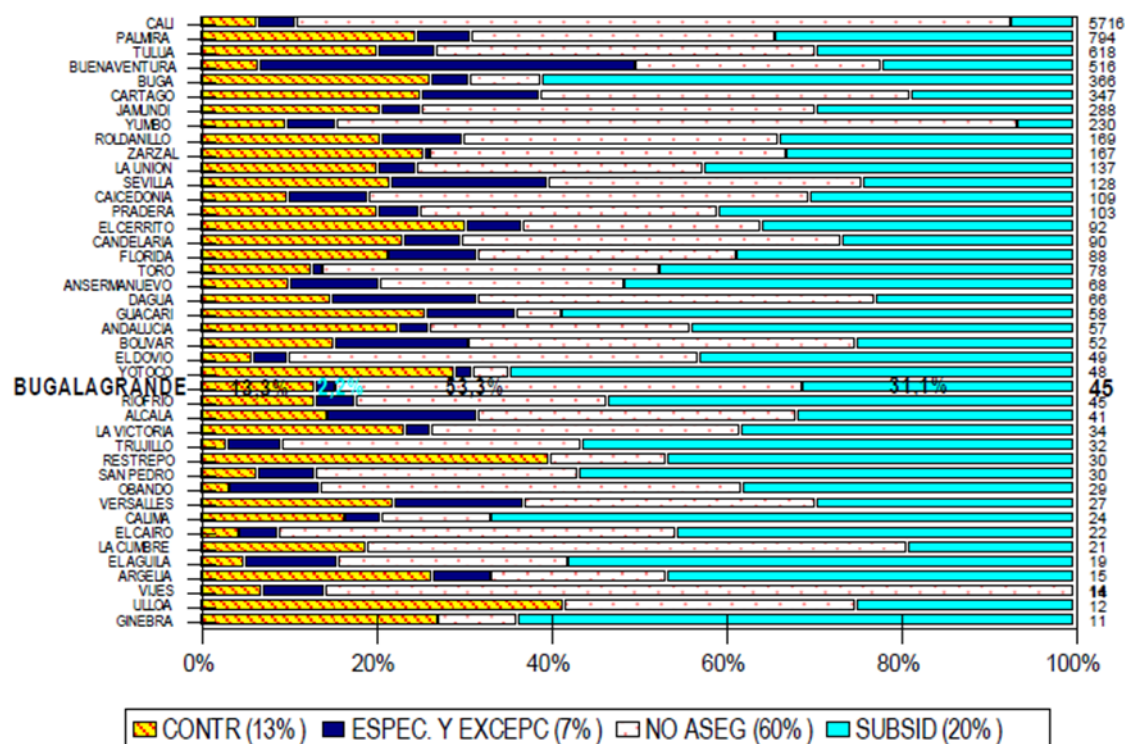
Gráfico 8. Homicidios por edades



Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Valle año 2009.

En el Valle del Cauca entre las personas que mueren por homicidio y a las que se les identifica el tipo de afiliación de Seguridad Social en Salud, el 60% son no asegurados, el 20% pertenecen al régimen subsidiado, el 13% al contributivo y el 7% pertenecen a regímenes especiales o de excepción. En el municipio de Bugalagrande el 53,3% son no asegurados. Ver Gráfico 9.

Gráfico 9. Homicidios por número de habitantes



Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Valle año 2009.

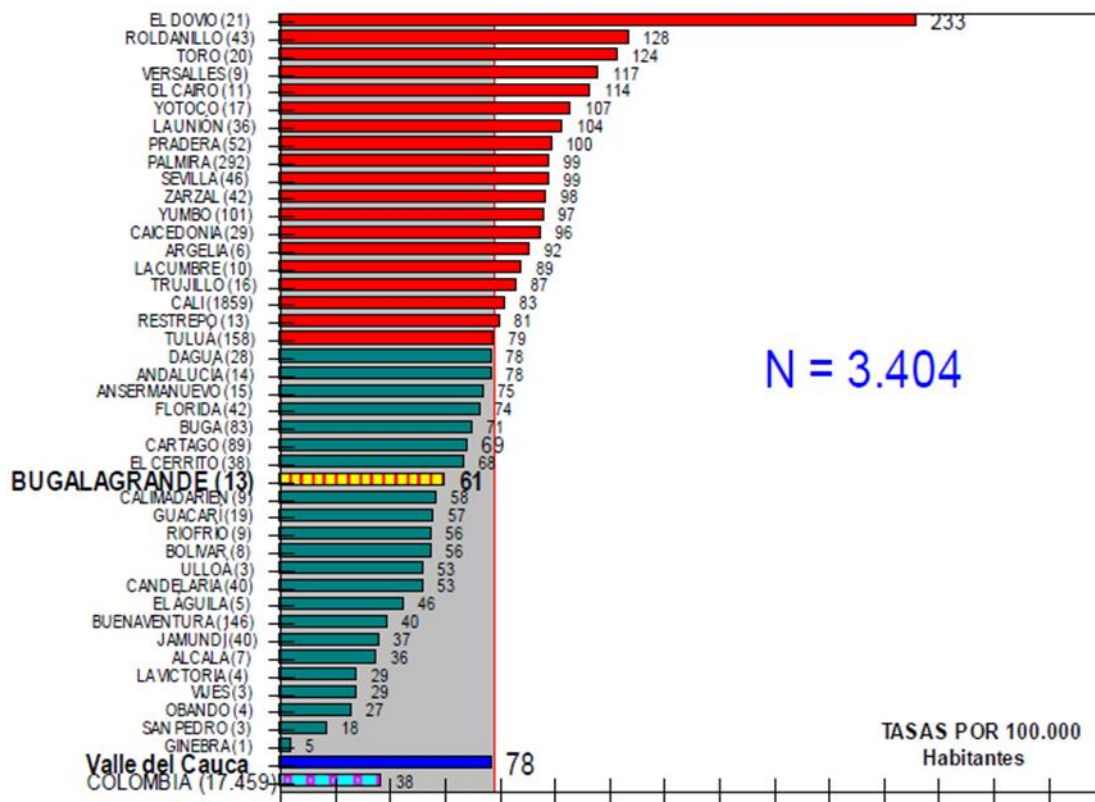
En el año 2010 todos los municipios del Valle presentaron casos de homicidio, en total se presentaron 3.404 casos en el Departamento; la tasa más elevada tuvo lugar en El Dovio con 21 casos para una tasa de 233 por cada 100.000 habitantes, siendo esta 198% mayor que la tasa Departamental que se ubicó en 78 por 100.000 Hab.

Roldanillo ocupa el segundo lugar con una tasa de 128 por 100.000 hab, que es 64% mayor que la Departamental. La tasa más baja fue la de Ginebra (5 por 100.000 Hab).

La tasa de Colombia fue de 38, únicamente 7 municipios se ubican por debajo de dicha tasa nacional, estos son: Ginebra, San Pedro, Obando, Viles, la Victoria, Alcalá y Jamundí. El municipio de Bugalagrande presenta una tasa de 61, siendo 21,8% menor que la tasa general del Valle y 60,5% mayor que la tasa Nacional.

Para una mejor comprensión se aclara que entre paréntesis aparece el número de casos ocurridos en cada municipio, esto aplica para todas las gráficas que hacen análisis comparativos de tasas por municipio. Ver Gráfico 10.

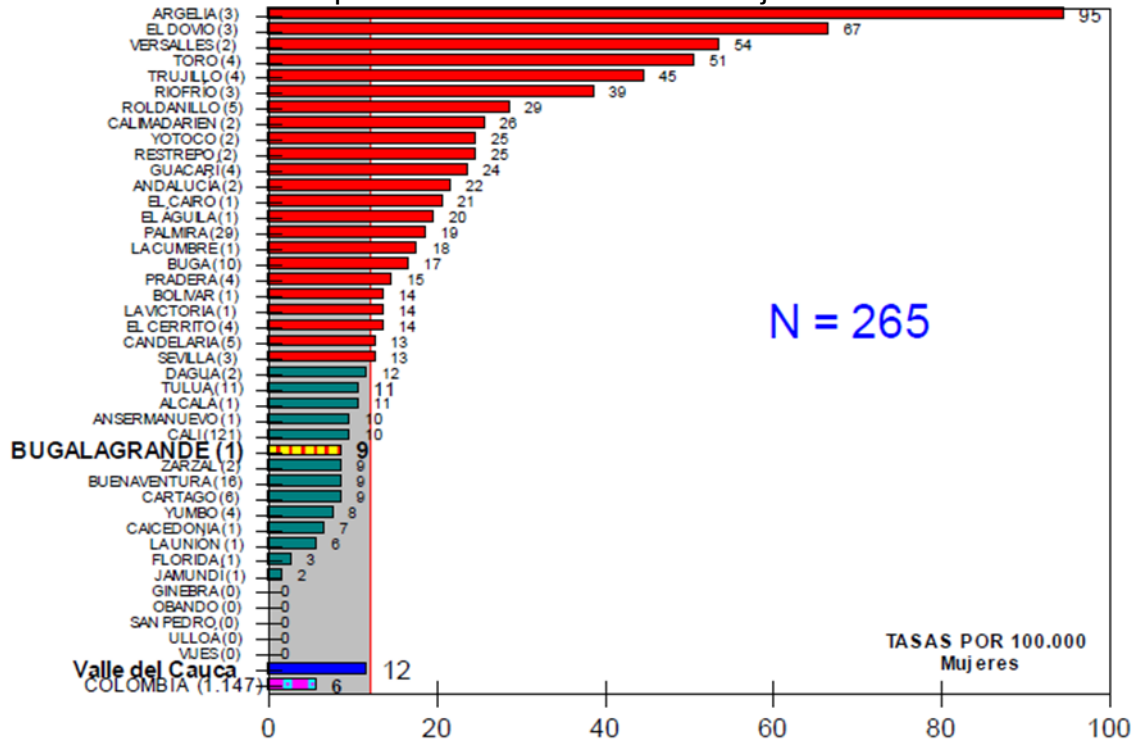
Gráfico 10. Homicidios por número de habitantes hombres y mujeres.



Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Valle año 2009.

Para el 2010, el análisis de las tasas de homicidio en mujeres permite apreciar que es el municipio de Argelia con una tasa de 95 por cada 100.000 mujeres el que ocupa el primer lugar del Departamento, superando en un 700% la tasa Departamental que es de 12. Lo sigue El Dovio con una tasa de 67 que supera en un 450% la tasa del Valle. La Nación presenta una tasa de 6, siendo esta la mitad de la tasa Departamental. Bugalagrande presenta una tasa de 9, siendo 25 menor que la tasa Departamental y 50% mayor que la tasa Nacional. Ver Gráfico 11.

Gráfico 11. Homicidios por número de habitantes mujeres.



Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Valle año 2009.

El Dovio presenta la tasa más elevada para hombres (397 por 100.000 hombres) del Departamento, siendo 168% más elevada que la tasa del Valle que fue de 148.

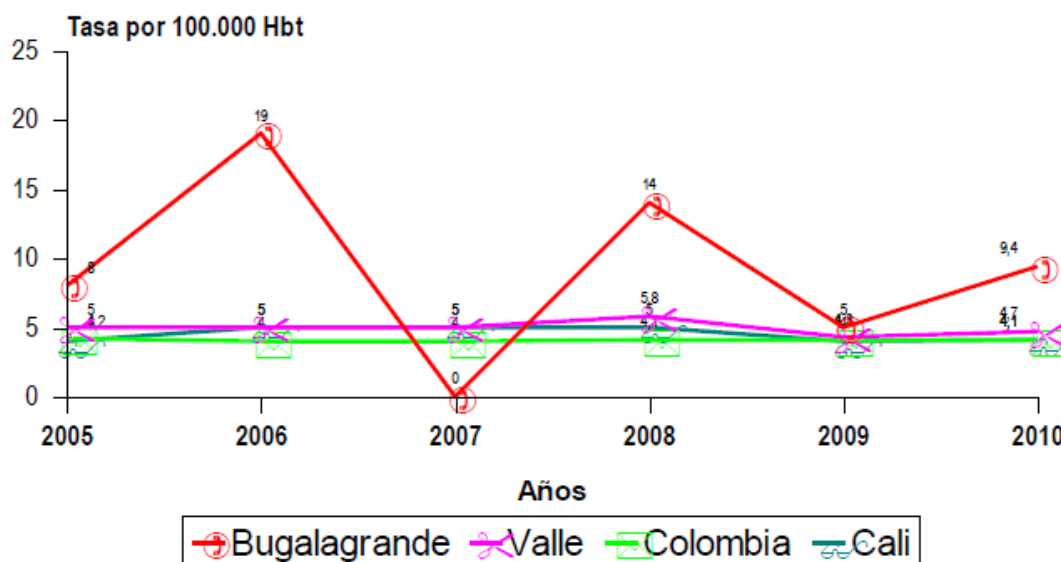
El municipio de Bugalagrande presenta una tasa de 111, siendo 25% más baja que la tasa Departamental.

3.3.1.3 Suicidios. La fuente de datos para el análisis de los grupos de edad afectados es el DANE y Medicina Legal es fuente para el análisis de las tasas. Se seguirá la siguiente secuencia: (i) tendencia de las tasas desde el año 2005 hasta el 2010, esto se hace comparando Colombia, Valle del Cauca y Cali con el municipio de interés; (ii) porcentaje según edad por municipio, esto se hace agrupando todos los casos ocurridos en el Período 1998 - 2009 (iii) por último el análisis de las tasas en el año 2010 tanto para los dos sexos, como para el sexo femenino y el masculino.

El análisis de la tendencia de las tasas de suicidio permite observar que en general las tasas son más elevadas en el Valle y en Cali en comparación con Colombia, en ninguno de los años de estudio (2005 – 2010) las tasas del municipio de Cali superan las del Valle. En Bugalagrande el pico más elevado ocurrió en el 2006 (19 por 100.000 habitantes) y el punto más bajo en el 2007 no presento casos.

3.3.1.3.1 Tendencia de los suicidios en el Valle del Cauca Período 2005 – 2010

Gráfico 12. Tendencia de Suicidios en el Valle del Cauca 2005-2010.



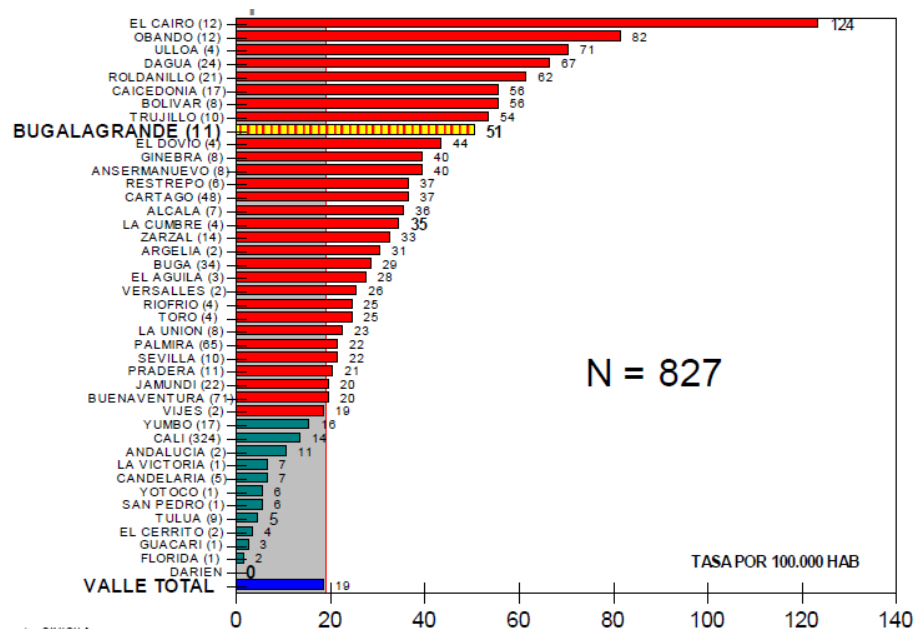
Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Valle año 2009.

3.3.1.4 Intoxicaciones auto infligidas según municipio. La fuente de información son los datos provenientes del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) relacionada con las intoxicaciones auto infligidas tanto para el 2010 como las ocurridas en el 2011. Se seguirá la siguiente secuencia: para el año 2010 (i) el análisis de las tasas generales, (ii) las tasas específicas para mujeres, (iii) la comparación porcentual según sexo (iv) las tasas específicas para hombres (v), comparación porcentual por régimen de seguridad social en salud (SGSSS), (vi) comparación porcentual por grupos de edad; y por último (vii) el comparativo de las tasas y casos ocurridos en el primer semestre de 2011.

En el año 2010 se notificaron 827 casos en el Departamento, el municipio de El Cairo presenta la tasa más elevada con 124 por cada 100.000 habitantes, siendo esta tasa 552% más elevada que la Departamental, lo sigue el municipio de Obando con una tasa de 82, que es 331% más alta que la del Valle. El municipio de Calima – Darién fue el único que no reportó casos.

En Bugalagrande se presentaron 11 casos de intoxicaciones con fines suicidas en el municipio, para una tasa de 51 por 100.000 hab, siendo esta 168% más elevada que la tasa departamental que fue de 19. Gráfica 13.

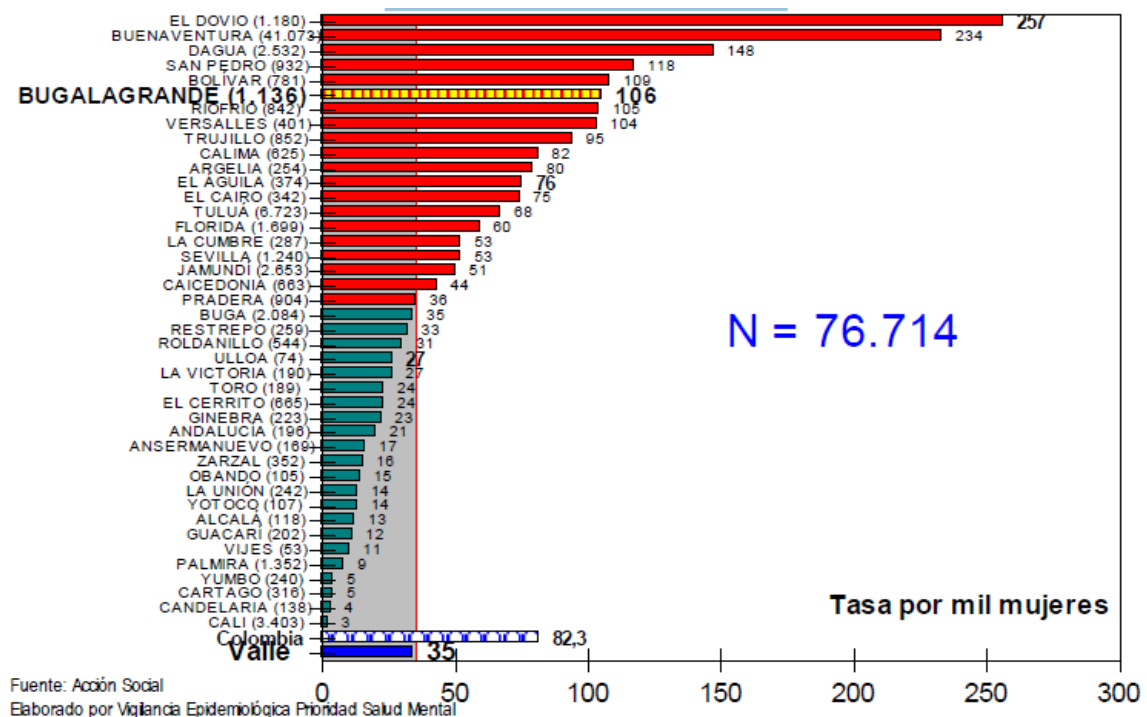
Gráfico 13. Tendencia de Intoxicaciones autoinflingidas.



Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Valle año 2009.

3.3.1.5 Desplazamiento en el Valle del Cauca (expulsiones) tasa por 1.000 mujeres acumulado a marzo de 2011. En el Valle del Cauca se han expulsado a 76.714 mujeres, el análisis de las tasas específicas para el sexo femenino permite apreciar que la tasa del Valle (35) es un 57% más baja que la tasa de Colombia (82,3). El Dovio presenta la tasa más elevada del Departamento con 257 casos por cada mil mujeres, superando en más de siete veces la tasa departamental y en más de 3 veces la tasa nacional. El municipio de Bugalagrande presenta una tasa de 106 (1.136 casos), siendo esta 202,9% mayor que la tasa departamental y 28,8% mayor que la tasa nacional. Ver Gráfico 14.

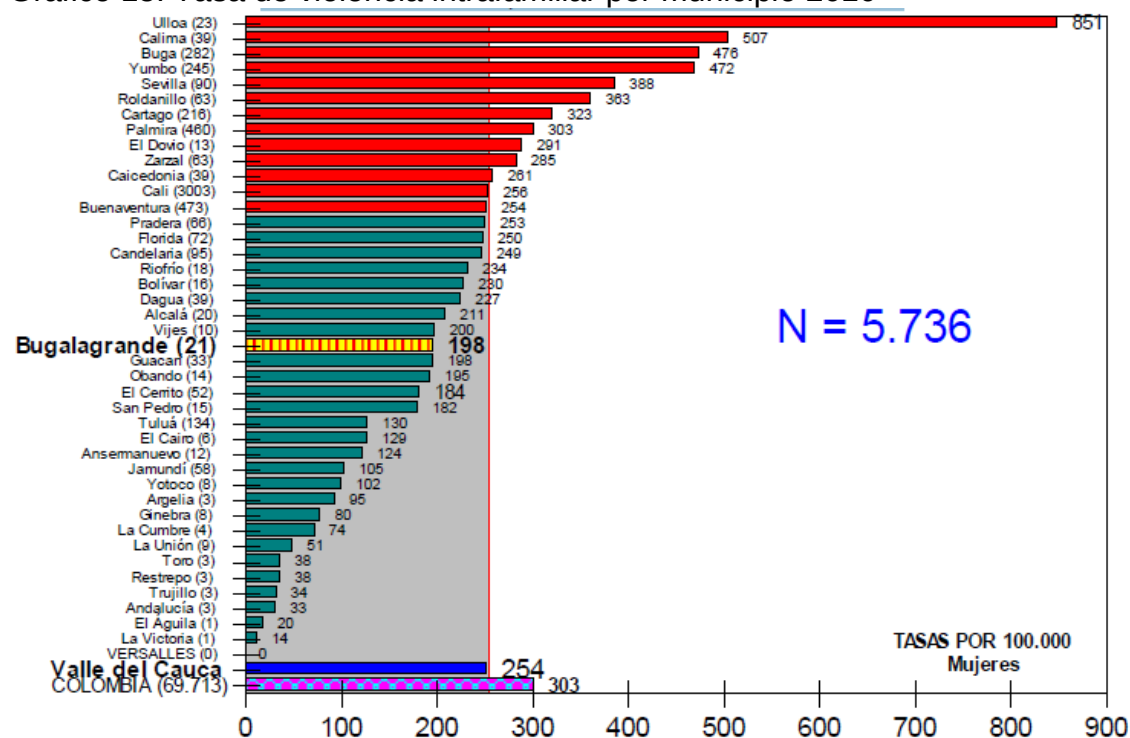
Gráfico 14. Desplazamiento en el Valle del Cauca



Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Valle año 2009.

3.3.1.6 Tasa de violencia intrafamiliar (sexo femenino) según municipio Valle del Cauca, enero - diciembre 2010. En el Valle se presentaron 5.736 casos de violencia intrafamiliar hacia la mujer en el año 2010. La tasa de afectación para las mujeres en el Valle del Cauca es de 254 casos por cada 100.000 mujeres; es Ulloa el municipio con la tasa más elevada (851 por 100.000 habitantes), superando en un 235% la tasa del Valle, lo sigue el municipio de Calima – Darién (507) que supera al Valle en un 100%. La tasa de Colombia fue de 303 casos por cada 100.000 habitantes. Bugalagrande presenta una tasa de 198 (21 casos) que es 22% menor que la tasa del Departamento y 35% menor que la tasa nacional. Ver Gráfico 15.

Gráfico 15. Tasa de violencia intrafamiliar por municipio 2010



Fuente: Medicina Legal (Forensis 2010). Elaborado por Victor Hugo Muñoz, Epidemiólogo SSD Valle del Cauca

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Valle año 2009.

3.3.17 Trastornos mentales según tipo de trastornos agrupados. La agrupación de los trastornos mentales permite resultados más robustos y sólidos.

Los análisis que siguen a continuación se harán por porcentajes de afectación para cada grupo de trastornos respecto al total de trastornos registrados en el municipio.

Esta forma de análisis, en lugar del análisis por tasas, permitirá que sean comparables los municipios que han notificado más en contraste con los municipios con bajo reporte. Es decir, al comparar el aporte porcentual según los trastornos, se estandarizan los municipios y se vuelven comparables entre sí.

En el Valle del Cauca el 33,9% del total de trastornos notificados son trastornos neuróticos y se constituyen en el trastorno reportado con más frecuencia; le siguen los trastornos del humor con el 19%, la esquizofrenia con el 13,2% y los trastornos mentales orgánicos con el 8%. En Bugalagrande el 32,6% de los trastornos son neuróticos, y el 15,9% son trastornos del humor. Ver Tabla 13.

Tabla 13. Tabla trastornos neuróticos

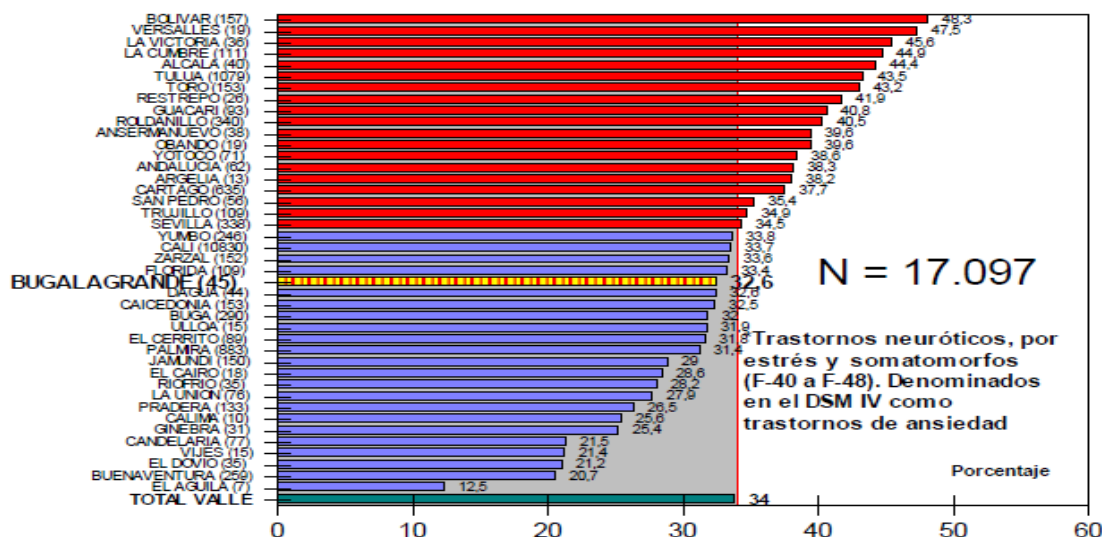
	AFECTIVOS O DEL HUMOR		ESQUIZOFRENIA Y T. DELIRANTES		NEURÓTICOS, POR ESTRÉS Y SOMATOMORFOS		ORGANICOS INCLUIDOS SINTOMÁTICOS		POR CONSUMO DE SPA		RETRASO MENTAL		SINDR. X ALTERACIONES FÍSICAS		TR. DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA		TR. DE PERSONALIDAD		TR. DEL DILLO PSICOLÓGICO		TR. NO ESPECIFICADO		TOTAL
	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	CASOS	%	
ALCALA	20	22,2	6	6,7	40	44,44	5	5,6	3	3,3	4	4,4	4	4,4	2	2,2	1	1,1	5	5,6	0	0,00	90
ANDALUCIA	18	11,1	30	18,5	62	38,27	18	11,1	1	0,6	11	6,8	7	4,3	3	1,9	2	1,2	10	6,2	0	0,00	162
ANSEMANUEVO	34	35,4	11	11,5	38	39,58	2	2,1	2	2,1	1	1,0	3	3,1	5	5,2	0	0,0	0	0,0	0	0,00	96
ARGELIA	10	29,4	2	5,9	13	38,24	3	8,8	0	0,0	0	0,0	3	8,8	0	0,0	0	0,0	3	8,8	0	0,00	34
BOLIVAR	39	12,0	54	16,6	157	48,31	12	3,7	16	4,9	9	2,8	13	4,0	8	2,5	0	0,0	16	4,9	1	0,31	325
BUENAVENTURA	214	17,1	257	20,6	259	20,72	67	5,4	34	2,7	37	3,0	242	19,4	55	4,4	25	2,0	56	4,5	4	0,32	1250
BUGA	184	20,3	128	14,1	290	32,01	54	6,0	56	6,2	32	3,5	53	5,8	39	4,3	6	0,7	62	6,8	2	0,22	906
BUGALAGRADE	22	15,9	27	19,6	45	32,61	8	5,8	3	2,2	3	2,2	5	3,6	14	10,1	0	0,0	10	7,2	1	0,72	138
CAicedonia	134	28,5	33	7,0	153	32,48	41	8,7	4	0,8	13	2,8	58	12,3	21	4,5	6	1,3	8	1,7	0	0,00	471
CAU	6090	19,0	3884	12,1	10830	33,71	3041	9,5	860	2,7	983	3,1	1629	5,1	2248	7,0	443	1,4	1715	5,3	403	1,25	32126
CAUMA	9	23,1	8	20,5	10	25,64	8	20,5	1	2,6	1	2,6	0	0,0	0	0,0	1	2,6	1	2,6	0	0,00	39
CANDELARIA	76	21,2	65	18,2	77	21,51	26	7,3	2	0,6	16	4,5	27	7,5	32	8,9	5	1,4	32	8,9	0	0,00	358
CARTAGO	345	20,5	177	10,5	635	37,73	109	6,5	52	3,1	27	1,6	120	7,1	92	5,5	21	1,2	101	6,0	4	0,24	1683
DAGUA	22	16,3	31	23,0	44	32,59	12	8,9	4	3,0	4	3,0	5	3,7	4	3,0	2	1,5	7	5,2	0	0,00	135
ELAGUILA	21	37,5	11	19,6	7	12,50	1	1,8	1	1,8	2	3,6	1	1,8	9	16,1	1	1,8	2	3,6	0	0,00	56
ELCAIRO	17	27,0	17	27,0	18	28,57	2	3,2	1	1,6	1	1,6	5	7,9	0	0,0	0	0,0	2	3,2	0	0,00	63
ELCERRITO	56	20,0	53	18,9	89	31,79	19	6,8	3	1,1	10	3,6	16	5,7	18	6,4	2	0,7	11	3,9	3	1,07	280
ELDOVIO	71	43,0	30	18,2	35	21,21	8	4,8	1	0,6	5	3,0	7	4,2	4	2,4	0	0,0	4	2,4	0	0,00	165
FLORIDA	51	15,6	73	22,4	109	33,44	25	7,7	4	1,2	10	3,1	17	5,2	16	4,9	8	2,5	13	4,0	0	0,00	326
GINEBRA	25	20,5	27	22,1	31	25,41	13	10,7	0	0,0	6	4,9	7	5,7	3	2,5	1	0,8	9	7,4	0	0,00	122
GUACARI	38	16,7	37	16,2	93	40,79	20	8,8	5	2,2	9	3,9	7	3,1	5	2,2	2	0,9	12	5,3	0	0,00	228
JAMUNDI	114	22,0	70	13,5	150	28,96	64	12,4	18	3,5	21	4,1	27	5,2	27	5,2	8	1,5	17	3,3	2	0,39	518

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Valle año 2009.

3.3.1.8 Trastornos neuróticos, por estrés y somatomorfos. En esta categoría se agrupan las fobias, las reacciones al estrés, el trastorno obsesivo compulsivo y los somatomorfos, los códigos CIE 10 son: F- 40 a F- 48.

Se registraron 17.097 casos de trastornos neuróticos, los cuales aportan el 34% del total de casos por trastorno mental; en Bugalagrande dicho aporte es del 32,6% y se reportaron 45 casos de este tipo; dicho porcentaje es 4% menor que el indicador departamental. Ver Gráfico 16.

Gráfico 16. Trastornos de ansiedad.



Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Valle año 2009.

GUÍA DE ANÁLISIS DEL MACROAMBIENTE EMPRESA: HOSPITAL SAN BERNABÉ BUGALAGRANDE
VALLE DEL CAUCA
ENTORNO: Demográfico

Tabla 14. Guía de Análisis del Macroambiente Demográfico

VARIABLE	A/O	AM	am	om	OM
El municipio provee a la comunidad los servicios de acueducto, alcantarillado y aseo, telefonía básica conmutada asegurando a sus habitantes de manera eficiente la prestación de los servicios domiciliarios.	O				X
La administración municipal formula y ejecuta el Plan Nacional de Salud Pública ajustando el perfil epidemiológico del municipio.	O				X
La administración se encarga de vigilar y controlar la calidad del agua, Decreto 475 de 1998.	O				X
Hay vigilancia y control sanitario de la distribución y comercialización de alimentos y establecimientos gastronómicos, así como el transporte asociado de estas actividades. Ley 1122 de 2007.	O				X
La Administración realiza diagnóstico periódico de la situación de la niñez y la adolescencia con el fin de establecer programas prioritarios que son atendidos en el Plan de Desarrollo.	O				X
Se determinan estrategias a corto mediano y largo plazo para ser implementados en pro del bienestar de la comunidad, niñez, adolescencia. Ley 1098 de 2006	O				X

Fuente: Los autores a partir del Modelo de Betancourt (2011)

El municipio propende por ejercer un buen gobierno con equidad y justicia social, educando y capacitando con orientación al fortalecimiento colectivo del pensar,

saber y hacer, impulsando la productividad y la competitividad hacia el desarrollo sostenible.

3.4 ENTORNO ECONÓMICO

Las principales actividades económicas del municipio de Bugalagrande se enfocan en la agricultura, el comercio, la industria y la minería. Sobresalen los cultivos de caña de azúcar, caña panelera, soya, sorgo, maíz, café, algodón, plátano; en frutales los cítricos y la piña. Funcionan además establecimientos industriales y la gran fábrica de Nestlé de Colombia, el Ingenio Riopalia y Colombina donde estas empresas proveen la principal actividad económica de los pobladores del municipio, orientada al empleo como trabajadores industriales; esto ha hecho que la mayoría de los pobladores del municipio tengan unos ingresos económicos promedios mayores a tres SMLV; contribuyendo a una buena calidad de vida; los pobladores del sector rural de la zona montañosa tiene como actividad económica la agricultura especialmente al cultivo del Café; la influencia del comercio informal y formal es poca. Bugalagrande es considerada como la capital del queso ya que cuenta con gran cantidad de hatos lecheros y haciendas que comercializan los derivados de la leche. Para sus operaciones comerciales y financieras cuenta con una agencia del banco Bancolombia.

GUÍA DE ANÁLISIS DEL MACROAMBIENTE EMPRESA: HOSPITAL SAN BERNABÉ BUGALAGRANDE
VALLE DEL CAUCA

ENTORNO: Económico del Municipio de Bugalagrande

Tabla 15. Guía de Análisis del Macroambiente Económico

VARIABLE	A/O	AM	am	om	OM
El municipio de Bugalagrande genera desarrollo económico fomentando y dinamizando mayores oportunidades de empleo trabajo y competitividad.	O				X
El municipio se proyecta para fortalecer la integración con la región y la nación.	O				X
Se promueven asociaciones y se concretan alianzas para apoyar el desarrollo empresarial de la industrial.	O				X
Se promueve la capacitación la apropiación tecnológica avanzada y asesoría empresarial.	O				X
Hay promoción del empleo y protección a los desempleados, mediante programas establecidos para la comunidad que queda vacante por situaciones ajenas a la oferta laboral.	O				X
El Consejo Municipal de Desarrollo Rural, apoya y presta asistencia técnica a las comunidades campesinas que tienen vínculos con el agro y con el sector pecuario.	O				X
Hay en el municipio coordinación del sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en sus competencias. Población pobre afiliada al régimen subsidiado, vigilancia y control epidemiológico.	O				X

Fuente: Los autores a partir del Modelo de Betancourt (2011)

3.5 ENTORNO TECNOLÓGICO

Estudios realizados por la Business Software Alliance (BSA) 2011 y evidenciados por la Revista Portafolio, (Portafolio, 2014) demostraron que Colombia pasó de ocupar el puesto 52 al 49 en lo que respecta al índice de Competitividad de la Industria de las Tecnologías de la Información (TI). Este indicador permite conocer las áreas débiles en cuanto tecnología se refiere en el país. Los indicadores analizados fueron: Entorno comercial, infraestructura, capital humano, investigación y desarrollo, entorno legal y apoyo público para el desarrollo industrial.

En lo que concierne a infraestructura de Tecnologías de la Información, el estudio arroja que el gasto en hardware, software y servicios de internet sigue siendo bajo frente al entorno global y regional de la actualidad. En lo que respecta al entorno regional Vallecaucano, el estudio realizado por Invest Pacific, (Agencia de Promoción de Inversión en el Pacífico Colombiano) en su artículo “*Un Valle con economía sólida*”, (Universidad San Buenaventura, 2014) señala al departamento del Valle como un ente jalonador de diversidad e integración que le apuesta a sectores estratégicos dentro de los cuales se destacan los Servicios Tercerizados y la biotecnología.

Dentro de los Servicios Tercerizados, se encuentra que la región le apuesta al **Outsourcing de Business Processes** (Administrativo, financiero, contable, legal, call center etc.) **Knowledge Processes** (Ingeniería, salud, etc) **Innovation Process** (Farmacéutica), **ISO** (Engineering Services Outsourcing) **ITO** (information technology outsourcing). Estas actividades entre otras que aprovechan de manera importante el recurso humano, infraestructura educativa y el apoyo del gobierno regional hacia la ciencia, Tecnología e Innovación. (Portafolio, 2014).

Así mismo se destaca el sector de la Biotecnología, cuyo potencial es el aprovechamiento de la gran diversidad en recursos naturales de la región proyectándola hacia la innovación, la investigación y el desarrollo de proyectos productivos con biotecnología aplicada a la producción horto frutícola, productos orgánicos y nutraceutica, la biomedicina, biocosmética y farmacología entre otros.

En este sentido, el artículo señala que con el fin de proyectar el departamento hacia ambientes más competitivos y poder así adaptarse a los cambios y exigencias de la globalización, se han conformado una serie de cadenas productivas y algunos clúster en la región.

Es de anotar, como lo señala la investigación anteriormente anunciada que todo esto se logra gracias a la concentración de acción y estrategias colectivas, en donde actúa el sector público y privado, además de la participación de eslabones para articular los procesos de abastecimiento de insumos, la transformación de productos y su distribución. En lo que respecta al surgimiento de Clúster como describe el artículo, en materia de tecnología informática, el Valle del Cauca cuenta con “ParqueSoft” que es de los principales proveedores de productos y

servicios en Tecnología de la Información (TI) y relacionadas en América latina. (Universidad San Buenaventura, 2014). En este sentido, “ParqueSoft” es uno de los proveedores del mercado que puede ofrecer una cobertura total a la demanda de productos y servicios de TI, por lo cual se convierte en uno de los más importantes jugadores de integración de proyectos.

(Parquesoft, 2014). Este proyecto nació en Cali en 1999, con el objetivo de crear un espacio para jóvenes emprendedores de la industria del “Software” nacional, facilitando la creación y desarrollo de empresas que provean al mercado de productos y servicios de tecnología informática.

En la actualidad “ParqueSoft” (Parquesoft, 2014). Constituye una de las plataformas más propicias para el desarrollo de la innovación, la investigación aplicada, la apropiación vertiginosa de conocimientos, y el trabajo en tecnologías de punta, así mismo allí se logra integrar modelos de procesos de producción de productos y servicios basados en las mejores prácticas industriales para el desarrollo, sin importar a qué escala, y posee una sólida infraestructura física, tecnológica y de recurso humano calificado.

Hoy por hoy cuenta con más 500 clientes de todos los sectores económicos localizados en diferentes partes del mundo como lo son Estados Unidos, América Latina, Asia, Europa y África. Reafirmando con ello el potencial de innovación, investigación aplicada, utilización de tecnologías de punta, calidad en sus productos, servicios y procesos de gestión y soporte en postventa.

ParqueSoft cuenta con 10 laboratorios de investigación, 176 Empresas, ha instalado más de 2.000 licencias en Colombia y reporta ventas acumuladas en tres años por 29 millones de dólares. Dentro de su portafolio de servicios se destacan: (Parquesoft, 2014).

Salud-Medio Ambiente-Servicios Públicos-Industria
Gobierno-Educación-Servicios-Gestión Empresarial
Inteligencia de Negocios-Banca-Entretenimiento-Turismo
Telecomunicaciones-Bioinformática-Seguridad-Sistemas de Identificación
Media Digital-Transporte-Soporte Informático.

Con lo anterior se pudo evidenciar la creación de herramientas de Tecnologías de la Información (TI) propias de la región que pueden ser utilizadas para la optimización de los servicios de salud que se presentan por los diferentes entes bien sea del orden departamental o municipal.

En concordancia con esto, la investigación realizada por Gutiérrez, Valencia y Vásquez sobre *“Metodología y Herramientas para la evaluación de Tecnologías en Función del Desarrollo de un Plan Tecnológico Orientado a la Innovación en instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”* planteada durante el I Congreso

Internacional de Gestión Tecnológica e Innovación realizado en el 2008 en la ciudad de Bogotá, donde dichos autores manifiestan que la tecnología empleada por el sector salud Vallecaucano posee las siguientes características:

No es reconocida como una variable estratégica

Faltan capacidades para crear y adaptar

El desarrollo se basa en la compra de equipos, limitaciones de acceso por recursos económicos.

No se tienen criterios, metodologías de priorización y selección de proyectos de adquisición.

No existen procesos estructurados para la adquisición de tecnologías.

Así mismo Gutiérrez, Valencia y Vásquez plantean que entre el 50% y el 80% de la tecnología utilizada por la IPS, se encuentra en estado de obsolescencia e inoperante, sin mantenimientos adecuados, malas operaciones por lo que concluyen la necesidad imperante de que las IPS inicien el camino hacia la innovación basada en la tecnología, por lo cual deben generarse cambios estructurales al interior de las instituciones tanto a nivel cultural como organizacional. (Universidad Javeriana, 2014).

Todo lo anterior conlleva según los autores al uso de recursos humanos, económicos, organizacionales e informáticos, los cuales permitan innovar. En lo que respecta a recurso humano, se requiere un equipo multidisciplinario que lidere los procesos de desarrollo de la estrategia y plan tecnológico, se requiere adecuaciones físicas y bases de datos que provean buena información.

Tabla 16. Guía de Análisis del Macroambiente Tecnológico

<i>VARIABLE</i>	<i>A/O</i>	<i>AM</i>	<i>am</i>	<i>om</i>	<i>OM</i>
Colombia pasó de ocupar el puesto 52 al 49 en lo que respecta al Índice de Competitividad de la Industria de las Tecnologías de la Información (TI).	O				X
Parquesoft plataforma propicia para el desarrollo de la innovación, la investigación aplicada, la apropiación vertiginosa de conocimientos,	O				X
Tecnologías de punta que integra modelos de procesos de producción de productos y servicios basados en las mejores prácticas industriales.	O				X
Tecnología utilizada por las IPS, estado de obsolescencia e inoperante, sin mantenimientos adecuados, malas operaciones	A				X
Necesidad imperante de que las IPS inicien el camino hacia la innovación basada en la tecnología.	A				X
El Valle del Cauca jalonador de diversidad e integración que le apuesta a sectores estratégicos dentro de los cuales se destacan los Servicios tercerizados y la biotecnología.	O				X

Fuente: Los autores a partir del Modelo de Betancourt (2011)

3.6 ENTORNO POLÍTICO – GUBERNAMENTAL E INSTITUCIONAL

La reglamentación colombiana en lo concerniente a la prestación de servicios públicos, establece dentro de sus principios Constitucionales versados en el artículo 48 y 49 el énfasis de la seguridad social en salud como un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable, a cargo del Estado, que se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, integralidad y solidaridad. (Constitución Política de Colombia, 1991).

Así mismo con la creación de la Ley 100 de 1993, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se establecieron reglas rectoras dentro del sistema como lo son:

1. Equidad. El sistema general de seguridad social en salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa.

2. **Obligatoriedad.** La afiliación al sistema general de seguridad social en salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o capacidad de pago.
3. **Protección integral.** El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud.
4. **Libre escogencia.** El sistema general de seguridad social en salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acogedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta Ley.
5. **Autonomía de las instituciones.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamente el gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la presente Ley.
6. **Descentralización administrativa.** La organización del sistema general de seguridad social en salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas del orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.
7. **Participación social.** El sistema general de seguridad social en salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del sistema general de seguridad social en salud y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.
8. **Concertación.** El sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los consejos nacional, departamentales, distritales y municipales de seguridad social en salud.

9. Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

Así mismo, con la creación de la política Nacional de Servicios de Salud se pretende garantizar el acceso, optimizar recursos y mejorar la calidad de los servicios prestados a los colombianos en temas de salud. Esta formulación reconoce la heterogeneidad del país, la descentralización y la posibilidad de crear diferentes modelos de prestación de servicios, la rendición de cuentas, la atención centrada al usuario, la participación ciudadana y la salud como fin principal del sistema.

Es por ello que esta política se encuentra enmarcada sobre tres premisas fundamentales como son: la accesibilidad, la calidad y la eficiencia, que se deben ejecutar mediante diferentes líneas de acción. Es de señalar que esta política está dirigida al sector salud en general, es decir tanto al sector público como el privado y cubre tanto a la población asegurada como a la no asegurada de todo el país.

El surgimiento de esta política obedece a los diferentes diagnósticos realizados en el país sobre la problemática hospitalaria en donde se evidencian dos grupos de problemáticas: el primero los problemas acumulados que obedecen a situaciones heredadas del anterior sistema y siguen vigentes, y el otro corresponde a problemas emergentes, que se presentan a consecuencia de las nuevas condiciones del sistema de salud colombiano, los cambios político administrativos de los últimos años o por las modificaciones en la situación de salud de la población. (Ministro de la Protección Social, 2014)

3.6.1 Problemas acumulados

3.6.1.1 Baja capacidad resolutive. Se ha evidenciado baja capacidad resolutive de las instituciones de baja y media complejidad, con factores asociados a la deficiente actualización del recurso humano, las condiciones de la infraestructura y la forma en que se determina e incorpora la tecnología en estas instituciones.

3.6.1.2 Inflexibilidad del régimen laboral del sector público. El régimen laboral en los hospitales públicos, está regido por una legislación que dificulta la adaptación de las instituciones a los retos que le imponen los cambios en el sistema de salud, los cambios en el perfil epidemiológico de la población y en los modelos de prestación de servicios. Esta situación incrementa además los costos de operación.

3.6.1.3 Pasivo prestacional de los hospitales públicos. Las instituciones públicas aún no han resuelto el tema del pasivo prestacional, en cuanto a clarificar la magnitud y establecer las posibilidades de financiación. Esto pone en riesgo la sostenibilidad y viabilidad de las instituciones del sector público.

3.6.1.4 Ausencia de mecanismos de evaluación e incorporación de tecnología. El país no ha desarrollado los suficientes mecanismos que permitan identificar, evaluar, incorporar y gestionar la tecnología biomédica. En muchos casos la introducción e incorporación de técnicas, equipos o medicamentos costo efectivo se da de forma tardía por la ausencia de un sistema de evaluación de tecnología en el país.

3.6.1.5 Falta del sistema integral de información en salud. La información sobre prestadores y prestación de servicios de salud es fragmentada y no responde a las necesidades del país. El sistema integral de información en salud y su componente de prestación de servicios está por desarrollarse, situación que limita el direccionamiento, la planeación y la gestión de los prestadores de servicios.

3.6.1.6 Ausencia de un sistema de rendición de cuentas. El país no dispone de un sistema de rendición de cuentas cuyos ejes sean los resultados en salud y la gestión de la prestación de los servicios. El sistema debe partir de la evaluación a los responsables de las entidades territoriales, aseguradoras y prestadoras.

3.6.1.7 Debilidad en los procesos de articulación departamento / municipio. El desarrollo y organización de la red de servicios en las regiones y departamentos, en muchos casos no ha respondido a las necesidades y características de la región, lo que ha generado duplicidad e ineficiencia en la prestación de los servicios. Existen serias limitantes en la capacidad de gestión de las redes de servicios por parte de los departamentos, lo que se suma a las decisiones de municipios que no consultan la realidad local ni regional.

3.6.1.8 Debilidades en la gestión. Existen debilidades de gestión en las entidades de dirección, aseguramiento y prestación de los servicios, tanto públicas como privadas. Las juntas directivas en general, no ejercen el rol de direccionamiento y evaluación, y los gerentes han dejado de lado el tema de la calidad de la gestión clínica y del talento humano. No se ha logrado la universalidad en el aseguramiento.

3.6.2 Problemas emergentes

3.6.2.1 Fragmentación y atomización en la prestación de servicios. La ausencia de articulación y direccionamiento de la oferta, mantiene a los usuarios con servicios fragmentados que limitan el acceso y la integralidad de la atención.

En el país, los conceptos de redes de servicios y de modelos de atención en salud son la opción a la fragmentación y atomización en la prestación de servicios.

3.6.2.2 El sistema obligatorio de garantía de calidad no ha desarrollado el componente del sistema de información. Si bien se definió en el país el SOGC, la información sobre la calidad de los servicios es incipiente y no existen mecanismos ni canales para determinar y divulgar la situación de la calidad de los servicios.

3.6.2.3 No se ha desarrollado un sistema de incentivos. La política de incentivos se ha centrado en limitadas acciones para mejorar el prestigio de las instituciones. A la fecha no se ha consolidado una estrategia con incentivos positivos y negativos para los prestadores y aseguradores en el Sistema de Salud. No existen incentivos para la investigación científica y el desarrollo tecnológico.

3.6.2.4 Desequilibrio en la relación aseguradores/prestadores. Existe una situación de permanente disconformidad y contradicción entre aseguradores y prestadores, por la forma en que los aseguradores definen precios y contratan a los prestadores de servicios.

3.6.2.5 Limitaciones en los sistemas de contratación y pago utilizados para la compra de servicios de salud. Los mecanismos de pago actualmente utilizados entre aseguradores y prestadores, básicamente consultan precio, y responden más a ejercicios intuitivos basados en actividades históricas y precios indexados, que a estudios que consulten variables como calidad y costo efectividad.

3.6.2.6 Desequilibrio de la oferta de servicios de salud frente a la demanda. Existen regiones del país con limitaciones de oferta y regiones con sobreoferta de servicios. Situación generada tanto por el sector privado como por el sector público.

En consecuencia de las problemáticas anteriores, el Ministerio de la Protección social durante el 2005 diseñó la política Nacional de Prestación de Servicios de Salud cuyo fin primordial era garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población y lograr sostenibilidad financiera de las IPS públicas.

De otra parte, se encuentra la Ley 489 de 1998 mediante la cual se establece el Régimen de las Empresas Sociales del Estado entre otro tipo de establecimientos públicos.

El origen de las Empresas Sociales del Estado obedece al reordenamiento que se generó el servicio público de la seguridad social a raíz de la Ley 100 de 1993, Ley que en su artículo 194 define las empresas sociales así: “La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales,

se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, 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 previsto en este capítulo”. Más exactamente en el artículo 195 de la misma Ley, el cual es desarrollado en los decretos 1876 de 1994 y 139 de 1996.

Son sencillamente las empresas sociales del Estado establecimientos públicos, pero con nomenclatura diferente y con innegables singularidades de participación comunitaria en la conformación de sus juntas directivas.

El Decreto No. 1876 de 1994 establece que este tipo de entidades en su naturaleza jurídica constituyen una categoría especial de entidad pública, creada o reorganizada por la Ley, asambleas o los consejos cuyo objeto consiste en la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del sistema nacional de seguridad social en salud.

Dentro de los servicios prestados por estas entidades, cuyo fin es garantizar un conjunto de beneficios en forma directa o a través de terceros con el objeto de proteger de manera efectiva el derecho a la salud, Se agrupan cinco tipos de planes diferentes a los cuales se accede dependiendo de la forma de participación en el Sistema, esto es como afiliado cotizante, como afiliado beneficiario, como afiliado subsidiado, o como vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De los tipos de planes. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud como servicio público esencial existen únicamente los siguientes planes de beneficios:

1. Plan de Atención Básica en Salud, PAB.
2. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, POS.
3. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, POSS.
4. Atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos.
5. Atención inicial de urgencias.

La Resolución 425 de 2008 define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.

Los planes de Salud Territorial son un instrumento de política pública que permite incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas públicas. Por lo tanto, define

la propuesta estratégica y operativa que se incluye en el Plan de Desarrollo en el territorio, para converger el desarrollo social y económico, y orientar las acciones sectoriales, transectorial y comunitaria, con el fin de alcanzar mayor equidad en salud y desarrollo humano en armonización con el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Los Planes Institucionales de salud son el instrumento de política sectorial política que permiten direccionar las acciones institucionales de salud pública, contempladas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), en concordancia con el marco estratégico y operativo, establecido en el Plan Territorial de Salud. Contribuye al mejoramiento de las condiciones de salud y calidad de vida de los usuarios, en armonización con el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021.

En consecuencia de los Planes Nacionales de Salud pública, la Secretaría de Salud departamental establece lineamientos de política en materia de salud, dado que su misión es garantizar condiciones para el acceso a los servicios de promoción, protección, recuperación de la salud, así como el saneamiento ambiental, en condiciones de calidad, contribuyendo a mantener y mejorar la salud de la población en el Valle del Cauca, mediante la dirección, coordinación, vigilancia y control de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la articulación con otros sectores, en el Departamento. (Gobernación del Valle del Cauca, 2014).

En lo que respecta al orden municipal la Secretaría de Salud de Bugalagrande, cumple funciones de inspección vigilancia y control en todo lo concerniente a temas de salud pública, salud oral y la prestación del servicio a la comunidad atendida por la E.S.E en lo que respecta a consulta externa y el servicio de urgencias.

GUÍA DE ANÁLISIS DEL MACROAMBIENTE EMPRESA: HOSPITAL SAN BERNABÉ
BUGALAGRADE VALLE DEL CAUCA

ENTORNO: Político – Gubernamental e Institucional del Municipio de Bugalagrande

Tabla 17. Guía de Análisis del Macroambiente Político – Gubernamental e Institucional

<i>VARIABLE</i>	<i>A/O</i>	<i>AM</i>	<i>am</i>	<i>om</i>	<i>OM</i>
El municipio consolida los procesos que garantizan el mejoramiento de la convivencia ciudadana.	O				X
La justicia, la equidad y el desarrollo comunitario se evidencian en las acciones gubernamentales que redundan en el bienestar de la comunidad.	O				X
Existe una óptima gestión pública dirigida al servicio de la comunidad con criterios de transparencia, eficiencia y compromiso social.	O				X
El municipio de Bugalagrande como entidad territorial se está comprometido a lograr el mejoramiento de la calidad y esperanza de vida de los bugalagrandeños.	O				X
Se articula un modelo de desarrollo de integral comunitario local, a través de la implementación de procesos de construcción de comunidad, desde el auto reconocimiento de su propia historia, cultura, ordenamiento e integración territorial, prestación equitativa de servicios sociales, descentralización administrativa y liderazgo	O				X
Baja capacidad resolutive de las instituciones de baja y media complejidad, con factores asociados a la deficiente actualización del recurso humano, las condiciones de la infraestructura y la forma en que se determina e incorpora la tecnología en estas instituciones, deficiencia en rendición de cuentas.	A		x		

Fuente: Los autores a partir del Modelo de Betancourt (2011)

3.7 ENTORNO JURÍDICO

La Ley 100 de 1993 trajo cambios positivos al Sistema de Salud en Colombia, además de brindar los nuevos criterios de funcionamiento y estructuración para todo el sistema de Seguridad Social, permitió la unificación de regímenes, disminuyó el crecimiento de la deuda en materia de pensiones, se amplió la cobertura y se dio transparencia al manejo de los dineros. El fin de esta Ley era garantizar calidad de vida acorde con la dignidad humana “Mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollarán para proporcionar la cobertura integral de las contingencias” (Ministerio de Salud, 2014).

Con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, compuesto por tres sistemas distintos: el primero es el Sistema General de Pensiones, el

segundo el Sistema General de Seguridad Social en Salud; y por último, el Sistema General de Riesgos Laborales. Para garantizar la debida estructura del Sistema de Seguridad Social en Salud, se introduce el esquema de aseguramiento de la población, a través del nacimiento de las Empresas Promotoras de Salud (E.P.S.) cuya función prioritaria es “la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Está misma estructura incluye la prestación del servicio a cargo de la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, por lo que el Decreto 1876 de 1994 se encarga de legalizar la conformación de las Empresas Sociales del Estado, quienes constituyen una categoría especial de Entidad Pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativas. Las Empresas Sociales del Estado son creadas o reorganizadas por Ley o por las Asambleas o Concejos Municipales, con el objeto principal de realizar la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado.

Para garantizar este servicio el Decreto 4747 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, establece que las Empresas Sociales del Estado por medio de acuerdos de voluntad realicen contratos con las entidades responsables de la prestación de servicios. Existen varios tipos de contratos o acuerdos de voluntades para garantizar la prestación de los servicios odontológicos; el contrato por modalidad de pago capitación y que básicamente consiste en el pago de una suma que se hace por persona, la cual tendrá derecho a ser atendida durante un Período de tiempo a partir de un grupo de servicios preestablecido, según el nivel de complejidad. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

Constitución Política de Colombia. En su artículo 48 define la Seguridad Social como un servicio público, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con principios de eficiencia, universalidad y solidaridad; y en el artículo 49 establece como funciones del Estado las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.

3.7.1 Contextual nacional. La E.S.E Hospital San Bernabé fue creado mediante Acuerdo Municipal número 001 del 19 de Marzo de 1996 y con estatutos adoptados mediante acuerdo 060 de la Junta Directiva. (Súper Intendencia de Salud, 2007).

La entidad está representada por la Gerente, Erika Fernanda Acevedo Lasso, nombrada Gerente en encargo, cargo de Libre nombramiento y remoción, por Alcalde Municipal (Carlos Alberto Taguado Troche). El Hospital San Bernabé E.S.E. Es una Institución hospitalaria de carácter público descentralizada, del orden municipal, constituida de acuerdo con las exigencias del Sistema General

de Seguridad Social en Salud en Empresa Social del Estado y actualmente bajo los lineamientos del SOGC, licenciado para la prestación de servicios ambulatorios y hospitalarios del primer nivel de atención, en los procesos de fomento de la Salud y Prevención de la enfermedad, control de riesgo, tratamiento y rehabilitación.

La Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, particularmente entre otros, en los artículos 42, 55 y 56.

La Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones en particular sus artículos 7, 14, 16, 25 y vigilancia y control en los artículos 35 al 42.

La Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, en materia económica Decreto 971 de 2011. Por medio del que se define el instrumento a través del cual el Ministerio de la Protección Social girará los recursos del Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud, se establecen medidas para agilizar el flujo de recursos entre EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.

La Ley 1608 de 2013, por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud.

La actual transformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ha pretendido en forma gradual pasar de una tendencia curativa y rehabilitadora a un sistema de salud orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y da lugar al nacimiento de nuevas estrategias en salud cuyo objetivo es fomentar estilos de vida saludables y autocuidado, que conduzca al mejoramiento de la salud del individuo.

Las entidades en la actualidad se ven en la obligación de mejorar casi de manera constante con el fin de mantenerse abiertas a los cambios que se puedan presentar en su interior y exterior, además de utilizar los conocimientos para generar un espacio de planeación de nuevas estrategias que brinden un incremento en la eficiencia y eficacia como Empresa Social del Estado.

Esta misma relación entre eficiencia, eficacia y los servicios prestados, fue abordada en el año 2009 por Galindez A., en su estudio de “Costos del servicio de odontología, Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira”, señala que las Empresas Sociales perdieron el apoyo paternalista del Estado, obligándolas a ser viables financiera y fiscalmente. Por ende se empieza a hablar de calidad en cada uno de

los procesos, enfrentándonos a un cliente con mayores exigencias en la prestación de servicios de salud. Alcanzar la viabilidad y operatividad de los Hospitales.

El Hospital San Bernabé presenta en su entorno económico, en la aplicación de políticas macroeconómicas, presupuestales y fiscales, como las establecidas por la Ley 617 de 2000 y la Ley 715 de 2001, de igual forma y ante la cambiante normatividad la Institución debió enmarcar el quehacer y determinar costos de la prestación de los servicios y salarios, la diversificación en los servicios ofertados y adoptar mecanismos financieros que permitieran cumplir con los objetivos propuestos y garantizar su permanencia como única Empresa Social del Estado en el Municipio de Bugalagrande.

En la actualidad, el Hospital San Bernabé, refleja en su presupuesto de Ingresos, las siguientes fuentes de financiación:

Recursos generados por la venta de servicios de Salud propios de la Institución.

Recursos recibidos por parte del Ente Territorial del Nivel Municipal, con ocasión de la Ley 715 de 2001 para fortalecer la Salud Pública Municipal. Sistema General de Participaciones.

Recursos recibidos por parte del Ente Territorial para garantizar la atención de la población Pobre No Asegurada, de acuerdo con lo establecido por la misma Ley 715 de 2001 – Sistema General de Participaciones y Renta Cedidas Departamentales.

Recursos generados por la Ley 1608 de 2013, excedentes de cuentas maestras de Régimen Subsidiado Municipales.

Disposiciones relacionadas con el tema en los artículos 173, 180, 186, 227 y 232.

GUÍA DE ANÁLISIS DEL MACROAMBIENTE EMPRESA: HOSPITAL SAN BERNABÉ BUGALAGRADE
VALLE DEL CAUCA
ENTORNO: Jurídico del Municipio de Bugalagrande

Tabla 18. Guía de Análisis del Macroambiente Jurídico

<i>VARIABLE</i>	<i>A/O</i>	<i>AM</i>	<i>am</i>	<i>om</i>	<i>OM</i>
El Estado colombiano con el número de reformas de carácter constitucional e institucional a lo largo de su historia ha amparado y desfavorecido a los sectores de la economía	A				X
Los municipios manejan un modelo operativo por procesos de la Administración Municipal, los cuales corresponden a la organización interna y a la forma como la Administración adelanta su gestión para transformar los insumos en bienes y servicios con participación de la comunidad.	O				X
El cumplimiento de la Ley 872 de 2003, reglamentada por Decreto 4110 de 2004 los municipios deben adoptar sus propios sistemas de gestión de calidad y eficiencia administrativa con el fin de mejorar su desempeño y su capacidad para proporcionar bienes y servicios.	O				X
La Ley 60 de 1993 desarrolla una competencias y asigna recursos para el cumplimiento de las competencias en Salud, Educación, Servicio de agua potable y saneamiento básico, bienestar, cultura, ordenamiento territorial, medio ambiente; en el marco de proceso de descentralización administrativa	O				X

Fuente: Los autores a partir del Modelo de Betancourt (2011)

3.8 MATRIZ INTEGRADA

Tabla 19. Matriz integrada de entornos

Variables claves	Relación con el sector	Justificación y tendencia	Impacto sobre la organización
Acceso a los servicios de la Población del Municipio	Es de vital importancia la prestación de los servicios de Nivel 1 que se oferta en el municipio y la interacción con las demás instituciones de mediana y alta complejidad	El hospital San Bernabé brinda a través de su portafolio, servicios habilitados y certificados por ICONTEC; accesibilidad a toda la población independiente del sector geográfico, incluyendo las zonas apartadas del municipio, recurriendo a la principal estrategia del nivel de atención que ésta presta (la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad).	Posibilidad de captar recursos para la realización de las actividades propias de la misionalidad de la empresa social del estado. Teniendo en cuenta que las EPS destinan un porcentaje de la contratación a actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
Aplicaciones tecnológicas (software) que permitan la eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.	Para el sector de la salud es de vital importancia tener un orden y herramientas apropiadas que permita una atención idónea, correcta y ágil permitiendo garantizar el derecho a la salud de los habitantes del territorio.	Es responsabilidad de todos los entes territoriales en salud cumplir con la normatividad existente en el manejo adecuado de la información, en la conservación de la misma y en el almacenamiento de datos estadísticos veraces. Es preciso mencionar que las herramientas tecnológicas utilizadas por el sistema de salud deben estar constantemente actualizadas permitiendo con ello la prestación de un mejor servicio.	Permite realizar un diagnóstico detallado sobre la situación tecnológica de la Institución, mostrando un panorama real de la situación, permitiendo con ello proyectar estrategias que permitan la mejora continua y la implementación de sistemas, programas y dotaciones necesarias para el buen desarrollo de la Institución.

Continuación Tabla 19.

Variables claves	Relación con el sector	Justificación y tendencia	Impacto sobre la organización
Regulación del Estado frente a la política de Salud Pública	La interrelación de la Institución frente a las políticas de salud son de vital importancia ya que permite mantener los lineamientos que lleven al buen funcionamiento de la Institución enmarcando una ruta de funcionamiento que llevan a la programación, ejecución y cumplimiento de metas y objetivos.	Es de resaltar que el Sistema de Salud del país está atravesando por una crisis que amerita una reforma al mismo por ende en el Congreso de la República se está gestando una nueva reforma a la salud que generará un impacto al sistema de salud nacional.	Se evidenciará un impacto directo en las organizaciones de la salud que modificará los esquemas que actualmente están establecidos.
Acceso a los servicios de la Población del Municipio	Es de vital importancia la prestación de los servicios de Nivel 1 que se oferta en el municipio y la interacción con las demás instituciones de mediana y alta complejidad	El hospital San Bernabé brinda a través de su portafolio, servicios habilitados y certificados por ICONTEC; accesibilidad a toda la población independiente del sector geográfico, incluyendo las zonas apartadas del municipio, recurriendo a la principal estrategia del nivel de atención que ésta presta (la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad).	Posibilidad de captar recursos para la realización de las actividades propias de la misionalidad de la empresa social del estado. Teniendo en cuenta que las EPS destinan un porcentaje de la contratación a actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Continuación Tabla 19.

Variables claves	Relación con el sector	Justificación y tendencia	Impacto sobre la organización
Bugalagrande como municipio del departamento del Valle del Cauca está ubicado geográficamente en un sector tropical	La probabilidad de enfermedades tropicales aumenta, siendo el dengue grave una de las patologías con mayor riesgo de presencia durante los meses del año.	Las poblaciones que se encuentran próximas a las quebradas y ríos que nacen y/o ocupan parte del territorio municipal terminan siendo un foco de criaderos de zancudos cuando estos caudales descienden sustancialmente	El incremento de este tipo de patologías y otras asociadas a las condiciones medioambientales del municipio, terminan siendo motivo de intervención por parte de la E.S.E y otros niveles de atención de la red regional.
El marco normativo que regula y establece los costos de la prestación de los servicios y salarios, la diversificación en los servicios ofertados y adoptar mecanismos financieros que permitieran cumplir con los objetivos propuestos y garantizar su permanencia como única Empresa Social del Estado en el Municipio de Bugalagrande	Las directrices emanadas por el gobierno enmarco la pauta con respecto a la operación dentro de la prestación del servicio de salud, lo cual se convierte en la columna vertebral frente a los costos ofrecidos dentro del sector.	La tendencia gira en torno al cumplimiento de los requerimientos normativos los cuales están en constante transformación debido a las tendencias dentro del servicio, bien sea por ampliación de la cobertura, o por el estado financiero de las entidades.	La variable costos precios y oferta del servicio obligan a la adopción de mecanismos financieros que permitan atender de manera eficiente eficaz y oportuna la prestación de los servicios de la salud en el municipio, sin embargo la realidad de la Institución no es agenda a la crisis de salud existente en el país, en donde la gran mayoría de IPS se encuentran en situaciones financieras de gravedad.
Distribución de la población, el municipio de Bugalagrande cuenta con una población de 22.000 habitantes, cuyo análisis poblacional arroja que por cada 100 mujeres se presentan 102 hombres.	Las diferentes políticas encaminadas al desarrollo social de los colombianos están especialmente enfocadas a las poblaciones con mayor grado de vulnerabilidad, por lo cual se puede destacar a los niños, niña mujeres y adultos mayores.	Para la prestación efectiva de los servicios de salud en el Hospital es de vital importancia conocer cuáles son los principales asentamientos poblacionales del municipio, así como el porcentaje de hombres y mujeres para el desarrollo efectivo de los programas.	La ampliación de cobertura de los diferentes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a los diferentes grupos poblacionales del municipio.

Continuacion Tabla 19.

Variables claves	Relación con el sector	Justificación y tendencia	Impacto sobre la organización
Espacios Culturales de participación social	La generación de espacios de esparcimiento y cultura dentro de las comunidades además de ser derechos de la ciudadanía, permiten mejores comportamientos sociales.	Es necesario la creación de espacios de desarrollo cultural porque permitan la educación en diferentes campos de la población beneficiaria	La cultura permite la generación de hábitos saludables dentro del desarrollo social de las personas, permite el establecimiento de conductas sociales que repercuten en una mejor salud.
Cobertura en servicios públicos dentro del municipio	De manera directa una cobertura adecuada en lo que respecta a la prestación de servicios públicos repercute en una calidad de vida y salud de los habitantes del municipio.	La tendencia en materia de servicios es la llegar a cada una de las poblaciones del mismo y garantizar así los derechos que tienen como ciudadanos del ente territorial	Si existe una cobertura adecuada en lo que respecta los servicios públicos del municipio, se podrán evitar las enfermedades que se originan por la carencia de los mismos, aspecto que reduce la prestación de servicios en esta materia y se puede ampliar la cobertura en otro tipo de servicios.
Clasificación de residuos generados y adopción de código de colores	Existencia de normatividad que regula el manejo de los residuos hospitalarios a nivel nacional y de la cual todas las instituciones de salud deben cumplir.	El hospital San Bernabé contrata una empresa para la recolección de residuos hospitalarios	Dentro del Hospital existe un adecuado manejo de los residuos hospitalarios con el fin de dar cumplimiento a lo emanado por la normatividad
Incidencia de la Ley 100 de 1993 en el desarrollo en la prestación de los servicios de salud	La creación de un sistema de seguridad social integral, se exige de manera clara los requisitos deberes y obligaciones de los diferentes entes sociales para la prestación de los servicios.	La ampliación de la cobertura al 100% de los habitantes del municipio en lo que respecta a temas de salud.	El Hospital San Bernabé debe dar estricto cumplimiento a lo expresado por la Ley en lo que respecta a la cobertura integral en materia de seguridad social y salud, los esquemas de aseguramiento de la población entre otros aspectos.

Fuente: Los autores a partir del Modelo de Betancourt (2011)

4. ANÁLISIS DEL SECTOR

4.1 CARACTERIZACIÓN DEL SECTOR

El sector salud en el Valle del Cauca, está segmentado por zonas, estas a su vez contienen instituciones prestadoras de salud y/o empresas sociales del estado de diferentes niveles de tención (diferente complejidad), formando así una sola red prestadora de servicios de salud en el departamento.

El municipio de Bugalagrande, pertenece a la zona centro, en ella están municipios de igual categoría y similar número de habitantes tales como: Andalucía, San Pedro, Trujillo, Río Frío y Caicedonia, estos tienen presencia de Hospitales de baja complejidad o Nivel 1 de atención, donde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se convierten en la razón de ser de dichas instituciones; en esta zona centro también se encuentra municipios con un número de habitantes mucho mayor, que le permiten tener una categoría diferente, es decir, perciben más recursos por el Gobierno Nacional y departamental, esta característica permite que existan hospitales e instituciones prestadoras de salud de mediana complejidad o nivel 2 de atención, en esta característica encontramos al municipio de Sevilla y al municipio de Tuluá, siendo este último el municipio con la ubicación estratégica de la zona a la que llegan las remisiones de los municipios ubicados en el centro y norte del Valle; cabe anotar que en la actualidad, la ciudad de Tuluá atraviesa una crisis en el sistema de salud, por tener al hospital departamental Tomas Uribe en riesgo fiscal y financiero, situación que vulnera la prestación de servicios a los diferentes usuarios de la región, dejando una red prestadora de servicios limitada en la oportunidad de la atención.

Finalmente cabe mencionar que el departamento del Valle del Cauca se encuentra en restructuración de la red prestadora de servicios en salud, situación que integra la red privada con la pública, con el propósito de mejorar la calidad en el servicio, la oportunidad en la atención y la integralidad de la misma.

4.2 MODELO DEL DIAMANTE COMPETITIVO

El sector de la salud en el mundo es considerado como uno de los mayores sectores económicos dentro de la economía global según la OMS, este sector durante el 2009 absorbió el equivalente al 8% del PIB mundial, lo que quiere decir que gran parte del gasto global se concentra en temas de salud. Los países del mundo que más concentran este gasto son Estados Unidos y países de la OCDE con el 91%, el resto de países del mundo absorben el 9% restante.

La OMS señala que en Latinoamérica el país líder en gastos de Salud es Argentina con un 10% del PIB en salud. Por su parte, Colombia gasta gran parte

de recursos públicos en el sector de la salud y el gasto per cápita es ascendente, lo anterior obedece en gran medida a que se han incrementado los niveles de cobertura en el país durante los últimos 10 años, pasando de un 58% al 89%, lo que indica que el régimen al cual pertenece la mayoría de afiliados es el régimen subsidiado lo que significa que la seguridad social nacional se financia en gran medida con los recursos públicos.

No se puede negar que la expectativa de la puesta en marcha de la Ley 100 era propender que el régimen contributivo fuera el gran responsable del crecimiento en la afiliación, sin embargo en la actualidad no es así. Para el 2007 en Colombia había un total de 55.000 prestadores de servicios de salud, del cual el 75% eran médicos independientes, el 17% IPS privadas y el 8% IPS públicas, entre las cuales se encuentran 1.162 hospitales.

En concordancia con lo anterior el diamante competitivo de Porter “se presenta como un modelo que explica el ambiente regional en el que nacen las organizaciones y en el que aprenden como competir. En ese contexto geográfico se desarrollan unos sectores económicos, conformados por organizaciones productivas que fabrican o prestan servicios y compiten directamente entre sí”.

Bugalagrande se encuentran las siguientes condiciones:

4.2.1 Factores productivos. El Hospital San Bernabé E.S.E. tenía una planta de recurso humano aprobada de 44 cargos, para el año 2010 la planta de cargos se amplió a 46 es decir un aumento del 5%, y para los años 2011 a la fecha la planta se ha mantenido en 47 cargos.

Por su parte la contratación de Órdenes de Prestación de Servicios en el año 2008 fue de 77 personas, de las cuales el 53%, es decir 41, correspondía a profesionales ligados a la venta de servicios y el 47% restante que equivale a 36 contratistas fueron contratados para apoyar el área administrativa. En la vigencia 2009 la contratación de personal se incrementó en un 53%, pasando de 77 a 118 contratistas, de ellos el 50% representaba personal misional y el resto personal administrativo.

Para el período 2010 se redujo un 1% la contratación bajo la modalidad de Prestación de Servicios, pero se presentó una redistribución del personal, para el área asistencial se pasó de 59 a 53 profesionales contratados, mientras que el personal para el área administrativa pasó de 59 a 64 empleados. Sin embargo para el año 2011 la contratación global cayó un 13%, reduciendo el personal a 102 contratistas, 57 para el área administrativa y 45 para el área asistencial. Dicha gestión fue opacada en la vigencia 2012, cuando la contratación se disparó por encima de los datos históricos (2008 - 2011), con un incremento del 33%, el personal de Prestación de Servicios de la Institución pasó de 102 en 2011 a 136

en el año 2012. En dicho Período se conservó la tendencia del incremento en la contratación de personal administrativo pues de los 136 contratistas el 60%, es decir 82, correspondía a empleados para el área administrativa y tan sólo 54 para apoyar los servicios misionales del Hospital.

Para la vigencia 2013, el Hospital ha venido trabajando en reducir la Contratación de Personal de Prestación de Servicios, logrando una reducción del 45%, pasando de 136 a 98 contratistas, de los cuales el 46% corresponde a trabajadores para el área administrativa, es decir 45 empleados, mientras que el 54% restante que equivale a 53, son profesionales del área asistencial.

La ESE Hospital San Bernabé tiene en la actual planta de personal un total de 47 funcionarios, que significa alrededor de \$ 102.112.719 mensuales, de los cuales 21 se desempeñan en el área administrativa y 26 en el área asistencial. A continuación se presenta se relaciona la conformación de la planta de personal actual con que cuenta el Hospital San Bernabé E.S.E.

Como se muestra en la tabla anterior la planta de cargos del hospital está conformado por un total de 47 cargos aprobados y 45 cargos ocupados, dejando un número de vacantes de dos (2), así: un trabajador oficial (Servicios Generales) y un (1) odontólogo.

El Hospital no cuenta con la actualización de un estudio técnico previo de la planta de cargos actual, que permita determinar con certeza cuál es el personal necesario para cumplir con la misión institucional de manera eficiente. Lo anterior requiere que el Hospital garantice los recursos necesarios para la reestructuración de esta nueva planta de personal, sin perder su viabilidad financiera. Esperando con esta medida un desempeño eficiente de los funcionarios de la ESE Hospital San Bernabé y por lo tanto una planta ajustada a las necesidades y servicios prestados por el Hospital garantizando la viabilidad del mismo.

El Hospital San Bernabé por servicios personales indirectos contrata asesorías externas primordiales para el funcionamiento de apoyo en los procesos del sistema obligatorio de garantía de la calidad, auditoría médica, asesoría jurídica, contador, gestión financiera y de talento humano, al igual que personal de apoyo a las áreas asistenciales como: consulta externa, apoyo diagnósticos, urgencias y promoción y prevención, de acuerdo a la necesidad de los servicios.

4.2.1.1 Hardware. El hardware de la entidad es aceptable; pero con algunas falencias en tecnología; por lo que se debe iniciar una planificación para cambios de algunos dispositivos, actualización y ampliación para cubrir el 100% del Hospital con todas sus dependencias que se encuentran conectadas.

La entidad cuenta con una infraestructura de comunicaciones amplia, pero con algunas fallas en la comunicación por deterioro de las redes; se debe tener en cuenta un planeamiento para intervenirlas técnicamente para garantizar una buena conectividad, confiabilidad de los datos e información, impidiendo la permeabilidad y garantizando la seguridad de la misma.

El Hospital San Bernabé diseñó un proyecto de rediseño de la red de cómputo de la Institución, donde se plantea reubicar el centro de cableado de la red, ya que se encuentra en el área de procedimientos del servicio de urgencias, zona de difícil acceso para el mantenimiento y correspondientes ajustes a ésta; además se plantea ampliar los puntos de red, de acuerdo al incremento de equipos de cómputo en las diferentes áreas del hospital. De igual forma el proyecto cuenta con la adquisición de unas impresoras y unos equipos de cómputo requeridos en las diferentes áreas para su correcto funcionamiento.

También cuenta con un plan de mantenimiento preventivo y correctivo a todos los equipos de cómputo de la Institución, el cual se realiza 4 veces por año; además se tiene un ingeniero en sistemas con funciones del área vinculado por contrato de servicios.

Actualmente la Institución cuenta con 45 equipos de cómputo, 11 impresoras en su mayoría de tecnología Láser y un servidor con Windows server 2008, se requiere adquirir seis (6) equipos de cómputo para la satisfacción de la necesidad de todas las áreas del Hospital; también se requiere adquirir un servidor de mayor capacidad tecnológica con un sistema operativo Windows server 2012, por medio del cual se optimizan las aplicaciones que trabajen bajo el criterio servidor - cliente.

4.2.1.2 Software. Los sistemas de información permiten al Hospital realizar seguimiento a cada uno de los procesos, mediante los diferentes comités de la Institución; al igual proporciona facilidades en el reporte oportuno a las entidades externas como es el caso de la Supe salud, Ministerio de Salud – SIHO, EPS y demás organismos de control.

Existe una buena conectividad con la empresa Telefónica Movistar, a pesar de que el flujo de energía se daña con cierta frecuencia y afecta la conectividad a nivel Institucional.

La Institución cuenta con dos sistemas de información, a mencionar:

Hospivisual: Software con módulos para los servicios asistenciales y administrativos. Este aplicativo opera en las áreas: facturación, estadística, historias clínicas, entre otros.

SX Advanced Xenco: Software con módulos financieros, compras y suministros. Este aplicativo opera en las áreas: contabilidad, presupuesto, tesorería, farmacia y almacén.

En la actualidad se requiere la actualización de estos aplicativos y se necesita adquirir los módulos de Costos, Historias Clínicas de Odontología y Fisioterapia.

Entre estos dos aplicativos el Hospital San Bernabé ostenta una dificultad, ya que no tienen interface de comunicación entre ellos, entonces ninguno alimenta al otro. Por lo tanto los procesos se manejan en forma independiente generando con esto procesos manuales y reproceso.

La mayoría de los equipos de cómputo tienen como sistema operativo Windows 7, Windows Vista y Windows XP; y como software de oficina se cuenta con Microsoft Office 2007 y 2010; como antivirus se tiene el NOD32 en los equipos de la Institución.

4.2.2 Encadenamientos productivos y clúster. El clúster de Salud en el Valle del Cauca está conformado por empresas e instituciones que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios cuyo fin principal es promover la salud de los individuos de la región donde las actividades primordiales a desarrollar son:

La producción y distribución de productos farmacéuticos

La producción y distribución de equipamiento médico

La prestación de servicios de salud a través de: (Clínicas especializadas, Clínicas generales, Consultorios, Hospitales, Centros de diagnóstico, Laboratorios clínicos, etc.

Las actividades de investigación en salud.

Las actividades de articulación y promoción del sector realizadas tanto por los poderes públicos, de agencias y asociaciones de promoción de distintos tipos.

La interrelación que existe entre los distintos actores de la cadena de valor del sector salud permite desarrollar estrategias para garantizar la prestación efectiva de los servicios de salud tanto en el Departamento como en el Municipio de Bugalagrande.

En este orden de ideas el clúster de salud existente en la región está conformado por aquellas instituciones, empresas, productos, servicios, proveedores de materiales, componentes, maquinaria y servicios

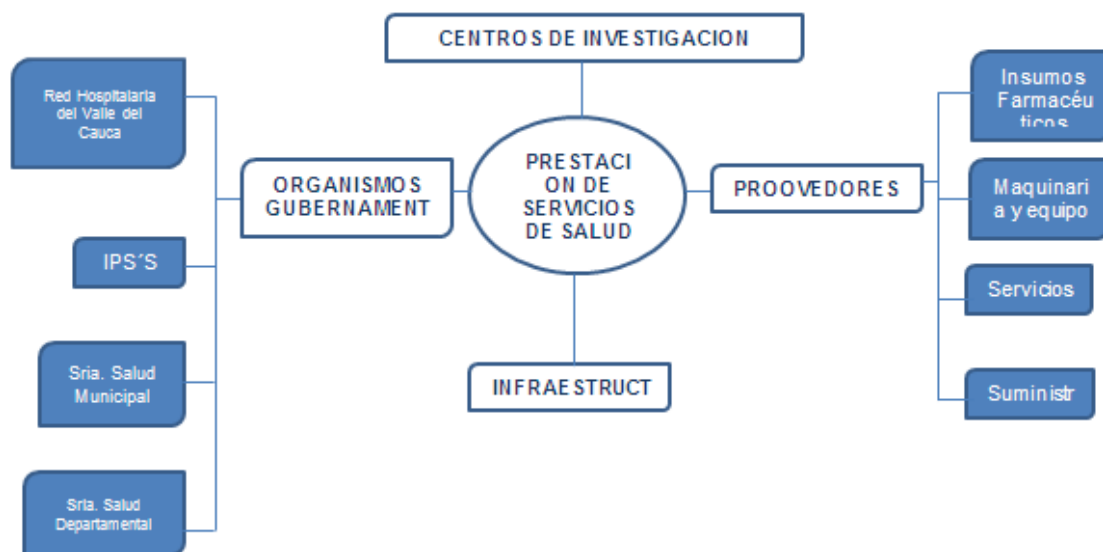
especializados que constituyen eslabones que facilitan el servicio, la formación, la investigación, entre otros.

Es preciso resaltar que en la actualidad el Departamento del Valle direcciona sus esfuerzos para la conformación de un clúster de salud, que cuenta con instituciones de renombre Latinoamericano.

A corte de 2014 en el consolidado de prestadores de servicios de salud que emite la Gobernación a través de la Secretaría de Salud, existen 5.052 prestadores del servicio de salud, con 6.682 sedes donde se prestan 22.788 servicios, con una capacidad instalada que de acuerdo al volumen de producción obtiene los recursos disponibles de en materia de recursos como dinero, equipos, personal, instalaciones, entre otros.

En el Valle del Cauca se cuenta con: 493 IPS legamente establecidas distribuidas en todo el Departamento, 3.404 Profesionales Independientes, 78 Prestadores de transporte especial de pacientes, 54 Empresas Sociales del Estado; por su parte, el Municipio de Bugalagrande cuenta con una ESE, tres profesionales independientes prestando servicios de salud y un transporte especial de pacientes.

Gráfico 17. Cadena Productiva



Fuente: Betancourt, G. Benjamín B. 2011

4.2.3 Red de servicios de salud del municipio. El municipio cuenta a través de su red de servicios con acceso a los otros dos niveles de atención (nivel dos y tres), dentro de la red pública y de las diferentes aseguradoras; pudiendo tenerse como referentes el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe y el Hospital San José de Buga como niveles dos.

Como nivel tres se cuentan con el Hospital Universitario del Valle y el Hospital Psiquiátrico del Valle, ambos en Cali y a dos horas de viaje.

El Hospital cuenta con siete (7) procesos misionales, como son: Promoción y Prevención, Urgencias, Consulta Externa, Apoyo Diagnóstico, Hospitalización, Farmacia y SIAU, los cuales están articulados con los procesos estratégicos y de apoyo. Igualmente se cuenta con un Comité de Calidad que se reúne una (1) vez al mes y está conformado por un grupo multidisciplinario, encabezado por el Gerente, el Jefe de la Oficina de Calidad y los coordinadores de área. En dicho comité se hace revisión a los indicadores de Calidad que se reportan al SIHO en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 y se realiza seguimiento a los indicadores de Gestión.

El papel de los proveedores ejerce un rol importante dentro de la cadena productiva, que garantiza el suministro de insumos, bienes y servicios necesarios para el desarrollo de los procesos de la Institución, con oportunidad, eficiencia y calidad. Este proceso parte desde la identificación de la necesidad o requerimiento del área o servicio, hasta que se concreta el negocio, se recibe el bien o servicio y se entrega al área solicitante.

El proceso de adquisición se desarrolla de la siguiente manera:

Compra: Acción de adquirir u obtener algo a cambio de un precio establecido.

Adquisición: Palabra que se usa para designar a **aquella cosa que se compró**.

Proveedor: Personas naturales o jurídicas que ofrecen bienes o servicios, en desarrollo de su objeto social. Productor, distribuidor o vendedor de un producto. Puede ser interno o externo a la organización. En situación contractual un proveedor puede denominarse “contratista”.

Concesión: Autorización para utilizar o liberar un producto que no es conforme con los requisitos.

Cabe resaltar que al interior del Hospital San Bernabé, es responsabilidad del proceso de adquisición y compras, adquirir y proveer productos necesarios que aseguren el buen funcionamiento de la Institución. Así mismo se debe asegurar que el producto adquirido cumple los requisitos de compra especificados, por lo

tanto se deben establecer los criterios para la selección, la evaluación y la re-evaluación de proveedores.

Selección de Proveedores. Para seleccionar los proveedores del Hospital San Bernabé E.S.E., se deben tener en cuenta los siguientes parámetros:

Calidad de productos y/o servicios ofrecidos. Para los medicamentos, se han establecido los nombres de los laboratorios de acuerdo a la solicitud del personal asistencial. Para los equipos médicos y repuestos, de acuerdo a los Coordinadores de proceso.

Cuando el proveedor cumple con la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos, servicios y/o productos exigida por el Hospital se le otorga el puntaje más alto, el cual sería del 50%, por ser Institución prestadora de servicios de salud.

Precio. Es el segundo criterio para selección de proveedor, analizando que los precios sean competitivos, se escoge al proveedor que tengo el precio más razonable; se otorga el 25% como puntaje más alto.

Plazo de pago. Es importante que el proveedor se ajuste al flujo de caja del Hospital; se les otorga el puntaje mayor: 20% del puntaje a los proveedores que acepten pagos de 60 ó 90 días

Certificaciones de calidad del proveedor. Los certificados de calidad de un proveedor dan más seguridad de calidad y oportunidad en los productos, ofrecen imagen de organización en sus procesos y cumplimiento al Hospital San Bernabé. Este criterio complementa el anterior en un 5% ofreciendo seguridad para comprar sus productos.

Cada uno de los criterios es diligenciado por el Coordinador del proceso de Adquisición y almacén, quien realiza una descripción general a cada ítem evaluado y asigna un valor porcentual para la selección, teniendo como un total el 100%.

A cada criterio se le asigna el puntaje entre uno (1) y cinco (5).

1. No cumple
2. Algunas veces cumple
3. Medianamente cumple
4. Cumple con todos los requisitos del Hospital
5. Cumple con todos los requisitos del Hospital y tiene otros valores adicionales

Después de que al proveedor se le realice el proceso de selección y se considera apto, se ingresa a la base de datos de proveedores.

Para el Hospital San Bernabé el proveedor se considera apto para prestar un servicio o proveer un producto si supera 3.0 en el valor total; de lo contrario, si el proveedor tiene una calificación inferior a 3.0 se descarta.

Se debe diligenciar el formato “*Selección de proveedores*” (BYS-FO-01), una vez por proveedor antes de iniciar el proceso de compra.

Cuando se selecciona un proveedor se solicitan los siguientes documentos:

Original del certificado de existencia y representación legal con fecha de expedición menor a 3 meses.

Fotocopia del RUT.

Fotocopia de la cédula de ciudadanía del representante legal.

Prestación de Servicios de Salud.

El cuadro que se presenta a continuación, muestra el comportamiento de la oferta de servicios producidos por el Hospital San Bernabé durante los años 2008 – 2013, esta información es tomada de lo reportado por el Hospital al Sistema de Información Hospitalaria SIHO, en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004. Para aquellos servicios que no se reportan en el SIHO, la información fue obtenida del software *Hospivisual* que recoge información del área asistencial o de producción. Ver Tabla 16.

Tabla 20. Comportamiento y evolución de la producción 2008 – 2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Análisis 2013 – 2012
Consultas de medicina general urgentes	13.612	21.773	24.936	26.973	24.398	25.120	2,96%
Sala General de Procedimientos Menores	5.176	10.463	11.017	11.847	10.857	12.641	16,43%
Pacientes en observación	79	336	324	218	96	191	98,96%
TOTAL URGENCIAS	18.867	32.572	36.277	39.038	35.351	37.952	7,4%
Vacunación	7.724	9.230	8.898	8.545	8.779	8.719	-0,7%
Atención preventiva salud oral higiene oral	25.190	17.006	15.388	19.506	19.340	15.931	-17,6%
Planificación familiar	3.421	3.495	2.328	2.362	3.464	13.814	298,8%
Promoción en salud		38	160	4.252	2.975	2.137	-28,2%
Toma de muestras citologías cérvicouterinas	1.164	1.030	1.215	1.295	1.408	1.447	2,77%
Controles de Enfermería	6.845	1.987	1.988	2.221	2.554	1.768	-30,78%
Otros controles de enfermería de P y P (Diferentes a atención prenatal - Crecimiento y desarrollo)		3.478	2.395	4.180	4.218	2.854	-32,34%
TOTAL PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	44.344	36.264	32.372	42.361	42.738	46.670	9,20%
Total consultas odontológicas realizadas (valoración)	3.427	2.802	2.494	2.989	3.636	3.853	6,0%
Sellantes aplicados	11.352	5.661	5.470	7.660	9.027	5.489	-39,2%
Superficies obturadas	6.832	7.840	5.059	5.421	6.910	6.987	1,1%
Exodoncias	1.258	1.404	1.090	1.000	1.187	958	-19,3%
TOTAL ODONTOLOGÍA	22.869	17.707	14.113	17.070	20.760	17.287	-16,73%
Consultas de medicina general electivas	18.412	16.779	16.040	17.920	20.297	10.526	-48,1%
TOTAL CONSULTA EXTERNA	18.412	16.779	16.040	17.920	20.297	10.526	-48,14%
General adultos	131	205	252	288	236	192	-18,6%
General pediátrica	63	94	125	143	85	104	22,4%
Obstetricia	39	37	19	50	23	17	-26,1%
TOTAL HOSPITALIZACIÓN	233	336	396	481	344	313	-9,01%
Partos vaginales	29	37	19	26	17	10	-41,18%
Laboratorio clínico	20.461	26.752	32.231	37.212	33.562	35.866	6,86%
Radiología e imágenes diagnósticas	525	1.312	2.710	3.888	1.602	447	-72,10%
TOTAL SERVICIOS DIAGNÓSTICOS	20.986	28.064	34.941	41.100	35.164	36.313	3,27%
Fisioterapia	7.088	8.226	8.646	10.431	11.583	9.794	-15,4%
Terapia Respiratoria	108	278	288	248	177	230	29,9%
TOTAL REHABILITACIÓN Y TERAPIAS	7.196	8.504	8.934	10.679	11.760	10.024	-14,8%

Servicio Farmacéutico	33.528	40.931	48.518	59.236	61.203	47.427	-22,5%
TOTAL FARMACIA E INSUMOS HOSPITALARIOS	33.528	40.931	48.518	59.236	61.203	47.427	-22,5%
Número de visitas domiciliarias e institucionales -PIC-		1.675	3.158	4.333	5.364	6.197	15,5%
Número de sesiones de talleres colectivos –PIC		38	101	496	2.358	803	-65,9%
TOTAL MEDIO AMBIENTE	0	1.713	3.259	4.829	7.722	7.000	-9,35%
Transporte asistencial básico	2.370	1.693	3.228	3.612	3.905	4.106	5,15%
Centros y Puestos de Salud	7.910	9.757	8.117	8.803	10.200	18.237	78,8%
TOTAL PRODUCCIÓN	176.744	194.357	206.214	245.155	249.461	235.865	-5,5%

Fuente: Sistema de Información Hospitalaria - SIHO

Comercialización de servicios de salud. El Hospital San Bernabé E.S.E., durante las vigencias 2009 al 2013 ha soportado sus ingresos en la prestación de servicios de salud a E.P.S.-S como Cafesalud, Emssanar, Calisalud, Caprecom y Otras del Régimen Subsidiado. Siendo en ese orden de importancia las que mayores ingresos representan por el número de usuarios que se encuentran afiliados a las EPS-S - Cafesalud y Emssanar respectivamente.

Con la E.P.S.-S Cafesalud el Hospital San Bernabé celebró un contrato de capitación con una tarifa equivalente al 50,48% del porcentaje de la UPC disminuida (\$ 13.636 por persona), para la vigencia 2013 el porcentaje de UPC al que se celebró la nueva contratación fue de un 41,77% de la UPC disminuida (\$16.300 por persona) abarcando una mayor población afiliada al régimen subsidiado, de igual forma esta contratación ampara el ofrecimiento de nuevos servicios por parte del Hospital, como son: Terapia física, terapia respiratoria, rayos X y otras ayudas diagnósticas, dicho contrato se firmó por un valor de \$ 1.187.219.400.

Con la E.P.S. Emssanar el Hospital San Bernabé celebró un contrato por evento a Tarifa SOAT menos el 5%, que representó ingresos para el Hospital San Bernabé por valor de \$ 1.192.984.415 por la atención de 1.683 usuarios que utilizaron los servicios de salud contratados por primera vez de un total de población afiliada de 5.528 usuarios.

La Prestación de Servicios a las EPS del Régimen Subsidiado, representa para el Hospital un porcentaje equivalente al 70,0% del total de ingresos recaudado por venta de servicios de salud

Por su parte la contratación con el Régimen Contributivo tiene un peso porcentual equivalente al 16,2% y representa la venta de servicios a E.P.S-C como Nueva E.P.S, Coomeva, S.O.S. y empresas particulares como: Nestlé de Colombia S.A., Cosmitet, Policía Nacional y otras compañías de seguros con un porcentaje del 2,2%.

La venta de servicios que aumenta significativamente el recaudo, se debe a que nuestro municipio cuenta una empresa privada como lo es Nestlé de Colombia S.A. que tiene una cobertura en salud equivalente al 12%, y que representa un promedio de 1000 usuarios afiliados al régimen contributivo. Esta empresa por su nivel salarial y convenciones colectivas, garantiza a sus empleados y familias regímenes especiales así como también medicina prepagada y al ser Hospital San Bernabé la única IPS del municipio garantiza la atención de esta demanda.

De igual manera el ente territorial, Departamental y Municipal suscribe convenios administrativos con el Hospital para garantizar la prestación de los servicios de salud integrales a la Población Pobre no Asegurada (PPNA), representando el 11,6% del total de venta de servicios de salud. Además el Ente territorial Municipal celebra convenios administrativos con el Hospital para la ejecución de las actividades que hacen parte del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) cuya finalidad es la realización de actividades de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad a la totalidad de la Población del Municipio de Bugalagrande.

4.2.4 Condiciones de la demanda. La demanda de servicios de salud en el Municipio de Bugalagrande tiene como base el censo poblacional, dado que el Hospital San Bernabé es la única ESE del Municipio que cuenta con un portafolio de servicios de Nivel 1, por lo cual atiende el mayor porcentaje de la población, especialmente la del régimen subsidiado a través de la contratación con las EPS-S Cafesalud y Emssanar.

4.2.5 El papel del gobierno. Sin duda alguna el papel del gobierno es un determinante clave en la estructura y funcionamiento de Entidades Públicas, dado que constantemente está dando las directrices sobre los objetivos que se deben alcanzar en materia de salud. Es este el que fija las pautas a seguir según los planes proyectados por la política pública en materia de salud, emite conceptos y regulación al respecto de acciones que se deben llevar a cabo por los diferentes actores que participan dentro del sector.

Como se describía anteriormente en el entorno jurídico, institucional y político existen un sin número de regulaciones en materia de salud pública que están encaminadas a una mejor prestación de los servicios, a la calidad y cobertura de los mismos. Con el establecimiento de la Ley 100 de 1993 el estado asumió

responsabilidades de regulación, vigilancia, control del sistema, asignación de subsidios a la demanda para la población pobre y vulnerable, en consecuencia de ello, durante los últimos 20 años los diferentes gobiernos han concentrado sus esfuerzos en establecer en las agendas de gobierno el derecho a la atención en salud bajo la promoción de la afiliación al sistema.

La Ley 715 de 2001 impone la descentralización del sector salud definiendo responsabilidades específicas para cada ente territorial y garantizar así el cumplimiento de la política establecida.

La E.S.E Hospital San Bernabé de Bugalagrande cumple con el Marco Normativo Legal vigente, como la Constitución Política de Colombia, la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, Decreto Ley 1042 de 1978, Ley 734 de 2002, la Ley 344 de 1996, la Ley 489 de 1998, Ley 10 de 1990 con sus decreto reglamentarios o que lo modifiquen, con el fin de llevar a cabo el objeto de la misma, el cual es el la prestación de servicios públicos de salud y como parte del servicio público de seguridad social, esta empresa constituye una categoría especial de entidad públicas descentralizada creada por el legislador en virtud de las facultades que le confiere la Ley, siendo este un ente que no pueden confundirse y que se diferencia claramente de los establecimientos públicos, ya que la Ley 489 de 1998, al definir en el artículo 38 la integración de la rama ejecutiva del poder público, incluyó dentro de ésta a las Empresas Sociales del Estado, reconociéndoles una categoría diferente a la de los establecimientos públicos; estas Empresas como nueva categoría de entidades descentralizadas y concebidas con un objeto específico definido por la propia Ley, de conformidad con los propósitos constitucionales que mediante su existencia persigue el Legislador, se rigen por unas reglas y una normatividad especial; ya que la Ley señala que estas entidades descentralizadas son creadas por la Nación o por las entidades territoriales para el este caso el Hospital San Bernabé creado mediante acuerdo Municipal No 001 del 19 de Marzo de 1996 para la prestación de servicios de salud, en forma directa.

Sobre la naturaleza de las Empresas Sociales del Estado, la jurisprudencia constitucional ha sintetizado que éstas “son una nueva categoría dentro del catálogo de entidades administrativas del orden descentralizado, que tienen naturaleza, características y especificidades propias, lo cual impide confundirlas con otro tipo de entidades públicas”. Así mismo, ha explicado la naturaleza jurídica particular, la regulación especial y la competencia en cabeza del Legislador para determinar la estructura orgánica de estas entidades, en razón a que “las empresas sociales del Estado tienen una naturaleza jurídica diversa de la que corresponde a los establecimientos públicos, y su función primordial, a diferencia de éstos, no consiste en el cumplimiento de tareas administrativas en un sentido general, sino que radica ante todo en la atención de salud. Por ello, las disposiciones que las rigen son también distintas y, en el caso de las empresas sociales, que por su naturaleza de entidades descentralizadas públicas debían ser

creadas por Ley, como en efecto lo fueron, el legislador estaba facultado para establecer su estructura orgánica”.

4.2.6 Papel de la casualidad (azar). En materia de salud situaciones de azar pueden verse representadas en acontecimientos catastróficos o en la proliferación de enfermedades epidémicas que ocasionen una demanda excesiva sobre la prestación de los servicios de salud y no se cuente con la capacidad instalada para asumirla. En este caso el Hospital San Bernabé deberá recurrir a otras instancias con el fin de obtener la ayuda necesaria para resolver determinada situación.

Es de resaltar que por el nivel de la E.S.E municipal su misión principal es la promoción y prevención de enfermedades, por lo cual constantemente se desarrollan acciones que p y p que se demanden, sin embargo no se puede descartar la proliferación de virus u otros que pueden desatar acontecimientos que propicien cambios en la prestación de los servicios y obliguen a redireccionar acciones, lo cual demandara costos, gastos y tiempo.

4.3 LAS CINCO FUERZAS COMPETITIVAS

4.3.1 Intensidad de la rivalidad. (Betancourt, G., 2014) menciona que la mayor o menor intensidad de la rivalidad entre la competencia hace más o menos atractivo a un sector, que a mayor rivalidad habrá menor estabilidad y menor nivel de servicio y los elementos que definen esta rivalidad son:

En materia de salud el Hospital San Bernabé, como ya se había mencionado con anterioridad es la única entidad pública del sector salud que se encuentra establecida en el municipio donde se prestan servicios ambulatorios, de consulta externa, urgencias, laboratorio, odontología, fisioterapia, hospitalización, sala de parto, apoyo diagnóstico y servicios conexos a la salud, lo que le da un potencial de ventaja competitiva en lo que respecta a la oferta de servicios así como la demanda de los mismos.

En relación con la anterior, dentro del municipio existen algunos servicios que se prestan de manera desagregada como lo son:

Tabla 21. Lista de servicios de manera desagregada

Consulta Externa	Medifam
	Consultorio Médico Dr. José Pompeyo Bueno
	Clínica Oriente IPS – Coomeva
	Nueva EPS
Servicios Odontológicos	Dr. Fernando Tamayo
	Dra. María Elena Londoño
	Medifam
	Dra. Marcela Vargas
	Nueva EPS
	Clínica Oriente IPS
	consultorio Odontológico Smiles
	Dentisalud
Laboratorios Clínicos	Medifam
	Laboratorio Clínico Sersalud
	CiC Laboratorios

Fuente: Hospital San Bernabé

En materia de prestación de servicios de salud dentro del municipio se muestra estabilidad frente al surgimiento de otros actores, es decir durante los últimos 15 años las entidades que se encuentran son las mismas, lo que si presenta variación en aumento es el tema odontológico con el surgimiento de dos nuevos consultorios durante el último año. Esto demuestra que la demanda por servicios de salud dentro del municipio en gran medida es absorbida por el ente prestador de salud más grande que es la E.S.E hospital San Bernabé.

4.3.2 Amenazas de los nuevos entrantes. Como se mencionó anteriormente el Hospital San Bernabé es la única Institución prestadora de servicios integrales de salud en el municipio de Bugalagrande debidamente habilitada y certificada con la infraestructura física adecuada y capacidad instalada para prestar servicios de salud con calidad las 24 horas del día, los siete días de la semana, sin embargo en el municipio se encuentra la Clínica Oriente IPS que presta los servicios de Consulta Externa y Laboratorio Clínico constituyéndose en una competencia para el Hospital.

Adicionalmente se encuentra en el municipio Coomeva EPS que presta los servicios de Promoción y Prevención y Consulta Externa servicios que también presta el Hospital. No obstante los afiliados a Coomeva prefieren consultar por el Servicio de Urgencias debido a que la oportunidad en la asignación de citas en la

EPS se encuentra entre 3 y 4 días, mientras que en el Hospital la oportunidad para la atención por Urgencias es de 27 minutos. Así mismo los trabajadores de la Empresa Nestlé de Colombia S.A. asisten al Hospital a través del Servicio de Urgencias debido a la rapidez en la atención para el tema de incapacidades.

Lo anterior hace que se congestione la atención por Urgencias y que se encuentre disparada la Consulta de Medicina General Urgente, mientras que la consulta externa se encuentra por debajo del estándar óptimo.

1. Limitación geográfica articulada a la IPS primaria y que por cobertura impide la atención o genera la glosa por parte de las EPS.
2. Fluctuación de la población bugalagrandeña y de otros lugares aledaños.
3. Los ingresos por actividades de parto son mínimos, por lo que la población de Bugalagrande está naciendo en otras ciudades aledañas.
4. Actualmente no cuenta con actualización de censo, se trabaja siempre con proyección del censo 2005.

4.3.3 Proveedores. A continuación se relacionan los principales proveedores del sector salud en el Departamento del Valle del Cauca; estos proveedores abastecen la mayoría de Instituciones prestadoras de salud y/o Empresas Sociales del Estado, sin importar el Nivel de atención o la complejidad de la misma.

Tabla 22. Proveedores

Nombre	Ciudad	Tipo insumos que provee
CASA DENTAL	Cali	Productos odontológicos
IMPORTACIONES DENTAL	Cali	Productos odontológicos
ALLERS S.A.	Cali	Material Médico Quirúrgico, laboratorio, odontología, equipos médicos
SERVIMEDIX	Tuluá	Material Médico Quirúrgico
EQUIPADORA MEDICA	Cali	Material Médico Quirúrgico, laboratorio, equipos médicos
CASA DENTAL	Cali	Productos odontológicos
IMPORTACIONES DENTAL	Cali	Productos odontológicos
ALLERS S.A.	Cali	Material Médico Quirúrgico, laboratorio, odontología, equipos médicos

Fuente: Hospital San Bernabé

Continuación Tabla 22.

Nombre	Ciudad	Tipo insumos que provee
SERVIMEDIX	Tuluá	Material Médico Quirúrgico
EQUIPADORA MEDICA	Cali	Material Médico Quirúrgico, laboratorio, equipos médicos
ALCOPHARMA	Cali	Material Médico Quirúrgico, Medicamentos
COMFENALCO QUINDÍO	Quindío	Medicamentos
JC DISTRIBUCIONES MEDICAS LTDA.	Cali	Medicamentos
EVEDISA	Cali	Medicamentos
PERAFAM BONILLA	Cali	Material Médico Quirúrgico, equipos médicos
SUMEVALLE	Cali	Material Médico Quirúrgico, Medicamentos
BIOSYSTEMS	Cali	Reactivos laboratorio, equipos de laboratorio
ESPECIALIDADES IHR	Cali	Reactivos laboratorio, equipos de laboratorio
CASA DE LA DIABETES	Cali	Reactivos laboratorio, equipos de laboratorio
DIAGNÓSTICO BIOMÉDICO EXPRESS MEDICA	Cali	Tiras de Glucometría
	Cali	Equipos de Fisioterapia, repuestos
COLASEO	Cali	Productos de aseo
PLASTICOS Y DESECHABLES TODO EN UNO	Tuluá	Productos de aseo
PRODIS ASEO	Tuluá	Productos de aseo
SERVIPOFI	B/grande	Productos de aseo, papelería, equipos de computo
SANTA MARÍA	Tuluá	Papelería, muebles de oficina
OXYCENTER	Cartago	Oxígeno
SIG	Tuluá	Oxígeno

Fuente: Hospital San Bernabé

4.3.4 Poder de negociación de los compradores. Los compradores de servicios de salud del Hospital San Bernabé son las EPS del Régimen Subsidiado tales como: EPS subsidiado Cafesalud, EPS Emssanar y otras EPS del Subsidiado, adicionalmente se cuenta con las contrataciones de las EPS del régimen contributivo y otros pagadores.

El escenario financiero del Hospital San Bernabé según las ventas de servicios para el 2012 obedecen a una variación porcentual con la vigencia 2012 equivalente al 12,54%, básicamente obedece al incremento en la UPC en la

contratación con EPS del subsidiado como Cafesalud y Emssanar. Se proyecta un incremento en el Régimen Subsidiado equivalente al 3,5% como resultado de las buenas negociaciones establecidas con las EPS. Todo esto amarrado a una gestión de recaudo que incluya la recuperación de la cartera de vigencias anteriores con un porcentaje significativo del 63% para el total de los ingresos de la ESE.

Con respecto al ingreso del Régimen Contributivo, se observa una disminución equivalente al 37,3% respecto a la vigencia 2012, debido a que se presentaron rezagos superiores a 90 días en los Períodos de cancelación de la facturación radicada; además se evidencia un incremento equivalente al 46,4% por concepto de Ventas de Servicios a Otras IPS y Particulares para la misma vigencia. Para este mismo Período el incremento de los gastos fue del 6,68% por debajo del crecimiento que se le aplicó al ingreso con el fin de darle un equilibrio y control al gasto y en especial equilibrar los servicios personales indirectos que representan un 53,13% del total de los servicios personales incluidos en el presupuesto de gastos.

4.3.5 Productos sustitutivos. En cuanto a la disponibilidad de productos sustitutivos en la prestación de salud en el Municipio de Bugalagrande, como se ha venido mencionando no representa en la actualidad una amenaza representativa.

4.3.6 Análisis de la estructura del sector. En tabla 19 se observa la estructura del sector.

Tabla 23. Análisis de la estructura del sector							
Negocio: ESE Hospital San Bernabé		Marco específico del negocio					Fecha:
		Perfil competitivo del sector					
Sector: Salud		Repulsión			Atracción		
		- -	-	N	++	+	
1. Competidores Actuales							
1.1 Rivalidad entre Competidores							
Número de Competidores	Baja		X				Alta
Diversidad de competidores	Baja		X			X	Alta
Crecimiento del sector	Lento					X	Rápido
Costos fijos o de almacenaje	Altos	X					Bajos
Incrementos de capacidad	Limitado		X			X	Amplio
Rentabilidad del sector	Baja	X					Alta
1.2 Barreras de salida							
Especialización de los activos	Baja	X					Alta
Costo de salida	Alto	X					Bajo
Interacción estratégica	Baja		X				Alta
Barreras emocionales	Altas	X					Baja
Restricciones sociales o del gobierno	Altas		X				Bajas
2. Posibles Entrantes							
Barreras de Entrada							
Economías de escala	Bajas				X		Altas
Costos de cambio para el cliente	Bajos	X					Altos
Acceso a canales de distribución	Amplio					X	Limitada
Necesidades de capital	Bajas					X	Altas
Acceso a tecnologías de punta	Amplio					X	Limitado
Acceso a materias primas	Amplio					X	Ltda.
Efecto de la curva de experiencia	Bajo					X	Alto
Reacción esperada	Baja		X				Alta
3. Poder de los Proveedores							
Número de proveedores importantes	Bajo					X	Alto
Importancia del sector para proveedores	Peq					X	Grande
Costo de cambio del proveedor	Alto	X					Bajo
Integración hacia adelante del proveedor	Alta	X					Baja
4. Poder de los Compradores							
Número de clientes importantes	Bajo				X		Alto
Integración hacia atrás del cliente	Alta					X	Baja
Rentabilidad del cliente	Baja					X	Alta
5. Productos Sustitutivos							
Disponibilidad de productos sustitutivos actuales y en un futuro próximo	Grande					X	Peq
Rentabilidad y agresividad del productor y del producto sustitutivo	Alta				x		Baja
Perfil Numérico (Suma)		8	6		3	13	

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). *Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas*. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

4.4 CADENA DE VALOR

Para el Hospital San Bernabé siempre ha sido de vital importancia mantenerse como pionero en la prestación de servicios de salud, teniendo como ventaja ser la única ESE del Municipio, por ello el Hospital ha implementado el Sistema de Gestión de la Calidad y MECI, que permite ser la estructura en la que se basa la empresa para la prestación de sus servicios, permitiendo tener certificados sus procesos y procedimientos establecidos de acuerdo a los estándares de salud, con ello busca la satisfacción del cliente y un servicio con una mayor demanda en los mismos.

Dentro del sistema de gestión de la calidad el Hospital establece procedimientos para cada uno de sus procesos, que implican a las EPS-S, los proveedores y todas acciones al interior del mismo; el cumplimiento de los direccionamientos desde los entes territoriales Departamentales y Municipales permite el funcionamiento de los procesos misionales, gerenciales y de talento humano.

De esta manera el Hospital tiene como fortaleza los siguientes procesos permitiendo tener un desarrollo en:

Infraestructura Institucional suficiente para atender la población del Municipio y responder de manera oportuna ante un aumento de la demanda.

Talento Humano Calificado.

Portafolio de servicios acordes a las necesidades de la población.

Buenas relaciones con los usuarios.

Modernización de las áreas y dotación de equipos biomédicos.

Brindar el servicio de urgencias 24 horas al día, 7 días a la semana.

Las metas de vacunación están acordes con la pirámide poblacional del municipio.

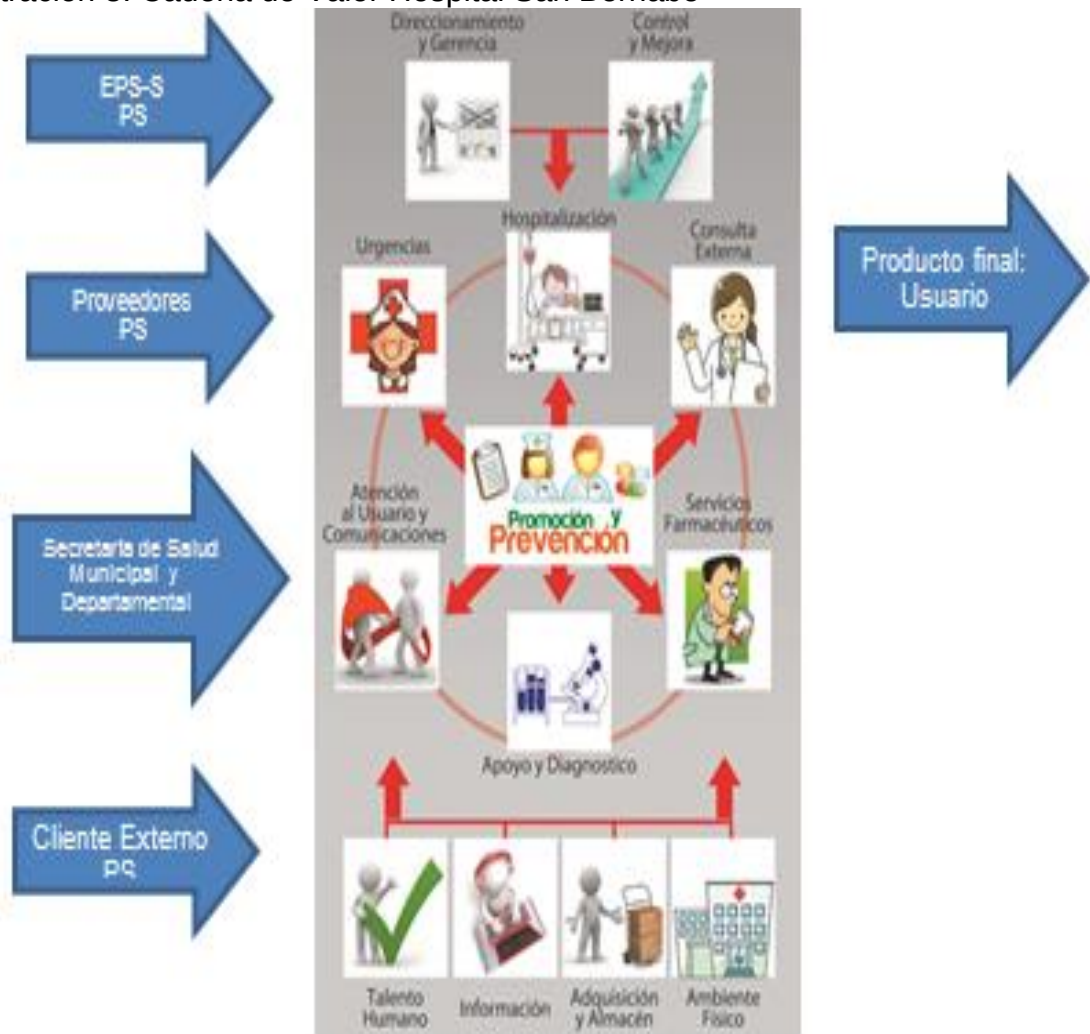
Se garantiza cadena de frío para medicamentos en los servicios de urgencias.

Dotación adecuada de Transporte Básico Ambulatorio.

4.4.1 Cadena productiva Hospital San Bernabé E.S.E. El Hospital San Bernabé E.S.E. tiene como objetivo brindar servicio de atención en salud de baja complejidad, orientados a mejorar la calidad de vida de los habitantes del municipio de Bugalagrande y su área de influencia.

Grafico 19. Cadena Productiva HSB

Ilustración 3. Cadena de Valor Hospital San Bernabé



Fuente: Elaboración propia

5. BENCHMARKING

Según la definición de David T. Kearns, Director General de Xerox Corporation "el benchmarking es un proceso sistemático y continuo para evaluar los productos, servicios y procesos de trabajo de las organizaciones reconocidas como las mejores en su práctica, aquellos competidores más duros" , razón por la cual es reconocida como una herramienta que proporciona gran información para desarrollar el diagnóstico y la caracterización del entorno a partir del análisis de los datos internos confrontados con los del sector.

(Betancourt, G., 2014), plantea que "el benchmarking obliga a utilizar un punto de vista externo que asegure la corrección de la fijación de objetivos. Es un nuevo enfoque administrativo que obliga a la prueba constante de las acciones internas contra estándares externos de las prácticas de un sector o industria lo que implica un proceso de comparación y de reestructuración constante para asignarse metas organizacionales acordes con las exigencias del mercado y del sector en el cual se desenvuelve.

Teniendo en cuenta que el benchmarking es un proceso sistemático, estructurado, formal, analítico, organizado, continuo, continuado y a largo plazo, para evaluar, comparar y diagnosticar los servicios y procesos de trabajo de las organizaciones que son reconocidas como las mejores en su clase con el fin de hacer una comparación organizacional y desarrollar mejoras organizacionales, es importante utilizar esta herramienta como instrumento de comparación y análisis, con respecto al sector en el cual compete, siendo de vital importancia el reconocimiento de las cinco fases que se deben tener en cuenta para su desarrollo:

1. Determinar a qué se le va a hacer benchmarking.
2. Formar un equipo de benchmarking.
3. Identificar los socios del benchmarking.
4. Recopilar y analizar la información del benchmarking.
5. Actuar.

Al implementar estas fases se está gestando un proceso de descubrimiento y una experiencia de aprendizaje, siendo el benchmarking una herramienta útil para obtener información que conlleve a mejorar la forma de hacer las operaciones en las organizaciones, puesto que se fomenta el trabajo en equipo al enfocar la atención sobre las prácticas laborales que les permita ser más competitivos y lograr un excelente desempeño en un mercado cada vez más difícil, siendo necesario establecer la prioridad de los factores claves de éxito a ser comparados y analizados en términos de calidad, tiempo y productividad, tratando de descubrir prácticas y métodos que no se implementan en el sector salud.

Al hacer el debido proceso y seguimiento a los factores claves de éxito de otras empresas del mismo sector, se estimula el pensamiento estratégico y se reconocen las acciones que están ejecutando para interactuar efectivamente

con su entorno, de modo que se debe establecer un benchmarking funcional puesto que se requiere de un análisis minucioso de cada uno de los elementos similares que hacen parte del quehacer productivo para destacar aquellos que los hace diferentes por su estrategia innovadora. (Barrantes, A. Fuentes, A., 2009).

5.1 ORGANIZACIONES A COMPARAR

5.1.1 Hospital San Bernabé E.S.E. municipio de Bugalagrande, Valle del Cauca.

MISIÓN. En el Hospital San Bernabé E.S.E, se prestan los servicios de salud de baja complejidad, orientados a mejorar la calidad y esperanza de vida de los habitantes del municipio de Bugalagrande y su área de influencia; para lo anterior desarrollamos programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ofreciendo atención segura y humanizada, generando rentabilidad social y equilibrio financiero.

VISIÓN. El Hospital San Bernabé E.S.E., será reconocido por los habitantes del Municipio de Bugalagrande y su área de influencia, como su principal aliado para atender sus problemas de Salud y mejorar su Calidad de Vida.

5.1.2 Hospital San Vicente Ferrer E.S.E. municipio de Andalucía, Valle del Cauca.

MISIÓN. El Hospital San Vicente Ferrer de Andalucía Valle, es una Empresa Social del Estado, de primer nivel de atención enfocado en una política de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con suficiente grado de accesibilidad, participación social, eficiencia, oportunidad y calidez, en beneficio de la comunidad del municipio y su área de influencia.

VISIÓN. El Hospital San Vicente Ferrer de Andalucía Valle, en el año 2016, será reconocido en el mercado como una organización socialmente responsable y autosostenible, atendiendo los desafíos y tendencias del sector social.

5.1.3 Hospital Rubén Cruz Vélez E.S.E. municipio de Tuluá, Valle del Cauca.

MISIÓN. El Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá es una entidad del orden municipal que presta servicios de salud con responsabilidad y buen trato, enfocados en Atención Primaria en Salud, garantizando la seguridad del usuario y brindando una atención con personal ético y calificado.

VISIÓN. Para el año 2015 fortaleceremos los servicios de salud, especializándonos en promoción y prevención, con tecnología e infraestructura moderna y el desarrollo de una cultura organizacional con énfasis en la educación al usuario, la responsabilidad social y la gestión ambiental.

5.1.4 Hospital San Nicolás E.S.E. municipio de Versalles, Valle del cauca.

MISIÓN. El Hospital San Nicolas del municipio de Versalles, es empresa Social del Estado, cuya misión es brindar servicios integrales de salud a la comunidad del Municipio de Versalles, Departamento del Valle del Cauca, Colombia, basados en los principios de universalidad, legalidad, solidaridad, ética y eficacia, con responsabilidad social, calidad humana y tecnológica; proyectándonos hacia el ámbito familiar y comunitario, con énfasis en promoción y prevención, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

VISIÓN. Para el año 2015 el Hospital San Nicolás Empresa Social del Estado del Municipio de Versalles Valle, será una Empresa Acreditada, donde se aplican los estándares del mejoramiento continuo de la calidad, en la prestación de los servicios de primer nivel, caracterizándose por la eficiencia de la atención y por la calidad humana de su trato, con un recurso humano que trabaja en equipo, comprometido con un proceso de participación comunitaria y coordinación intersectorial, siendo líderes en el desarrollo de estrategias de promoción y prevención en el Municipio y en el Departamento del Valle del Cauca.

En el campo de la gestión seremos una Institución autónoma dentro del marco legal y autosuficiente para generar y aplicar recursos con rentabilidad social y económica.

5.2 FACTORES CLAVES DE ÉXITO

Calidad. Grado en el que un conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria. (ISO 9000 , 2014) **Calidad de la atención médica:** Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, las de los prestadores de servicios y las de la Institución. Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y éstos son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.

Oportunidad. Otorgar la atención médica al paciente en el momento que la amerita, cuando la necesita. (Aguirre, Gas H., 2009).

Integralidad. Es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida. En atención primaria se considera que la integralidad es alrededor del 90%. Es una de las cuatro características básicas de la atención primaria de salud, junto con la accesibilidad, la coordinación, y la longitudinalidad. (Wikipedia, 2014).

Cobertura. Área geográfica cubierta por un hospital, centro o sistema de atención sanitaria. (Wikipedia, 2014)

Humanización. Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización.

Seguridad del usuario: Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Proceso de atención libre de riesgos y eventos adversos. Ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria. (OMS, 1998).

Atención primaria en salud: La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. (Whot.int, 2014)

Accesibilidad: El goce de los servicios de salud (públicos o privados) por parte de un usuario. Condición básica para que la población pueda utilizar con mayor facilidad los servicios médicos; puede ser obstaculizada por barreras geográficas, climáticas, territoriales, legales o financieras. Facilidad para obtener un bien o servicio. (Fajardo O., 1983).

Capacidad de respuesta: En términos muy generales, la capacidad de respuesta de un sistema cualquiera es su probabilidad media de producir, frente a una demanda, una respuesta de calidad aceptable, dentro de un margen de tiempo aceptable y a un costo aceptable. (Eumed.net, 2014).

Tecnología y equipamiento. Es el conjunto de conocimientos técnicos, científicamente ordenados, que permiten diseñar y crear bienes y servicios que facilitan la adaptación al medio ambiente y satisfacer tanto las necesidades esenciales como los deseos de la humanidad.

El equipamiento suele ser el suministro o entrega del equipo necesario para desarrollar una actividad o trabajo. (thefreedictionary.com, 2014).

5.3 MATRIZ DE PERFIL COMPETITIVO

Para realizar el análisis de la competencia se hizo uso de la Matriz del Perfil Competitivo, la cual es una herramienta analítica que identifica a los competidores más importantes de la empresa e informa sobre sus fortalezas y debilidades particulares. Los resultados de ellas dependen en parte de juicios subjetivos en la selección de factores, en la asignación de ponderaciones y en la determinación de clasificaciones, por ello se usó de forma cautelosa como ayuda en el proceso de la toma de decisiones. (Betancourt, G., 2014)

En la Tabla 20, se muestra el valor y la calificación sopesada que se obtiene por cada factor clave de éxito. El valor corresponde a la calificación que se le otorga a cada variable y cada competidor. El valor sopesado, hace referencia a la ponderación de las variables para estandarizar las condiciones de comparación entre diferentes competidores. No todas las variables de éxito tienen la misma importancia para el análisis, y por tal se asigna a cada una un valor porcentual según su importancia. El valor sopesado total corresponde a la sumatoria de los valores obtenidos de las variables ponderadas de cada competidor. La tabla permite observar que el valor ponderado de las variables es mayor los hospitales Rubén Cruz Vélez del municipio de Tuluá y San Nicholas de Versailles, seguidos del Hospital San Bernabé y el último Hospital San Vicente Ferrer.

La columna VALOR, corresponde a la clasificación que el equipo de trabajo le asignó a cada empresa en ese factor, teniendo en cuenta que la escala que se utiliza es de 4 a 1, donde 4 es la mejor calificación y 1 es la peor calificación.

(4) corresponde al a condición de líder, (3) sigue al líder, (2) presenta la condición que se aleja del líder y (1) condición de pobre desempeño.

La columna VALOR SOPESADO, se calcula multiplicando el peso en decimales por el valor respectivo, registrando su resultado en esta columna.

Tabla 24. Matriz del Perfil Competitivo

MATRIZ DE PERFIL COMPETITIVO										
FACTORES CLAVES DE ÉXITO	PESO		HOSPITAL SAN BERNABÉ BUGALAGRANDE		HOSPITAL SAN VICENTE FERRER ANDALUCÍA		HOSPITAL RUBEN CRUZ VELEZ TULUA		HOSPITAL SAN NICOLÁS VERSALLES	
			VALOR	VALOR SOPESADO	VALOR	VALOR SOPESADO	VALOR	VALOR SOPESADO	VALOR	VALOR SOPESADO
Calidad	10%	0,10	4	0,4	1	0,1	2	0,2	3	0,3
Oportunidad	10%	0,10	2	0,2	1	0,1	3	0,3	4	0,4
Integralidad	10%	0,10	2	0,2	1	0,1	4	0,4	3	0,3
Cobertura	5%	0,05	1	0,05	2	0,1	4	0,2	3	0,15
Humanización	10%	0,10	2	0,2	1	0,1	3	0,3	4	0,4
Seguridad del Usuario	15%	0,15	3	0,45	2	0,3	4	0,6	1	0,15
Atención primaria en salud	10%	0,10	2	0,2	1	0,1	3	0,3	4	0,4
Accesibilidad	10%	0,10	1	0,1	2	0,2	3	0,3	4	0,4
Capacidad de respuesta	10%	0,10	1	0,1	2	0,2	4	0,4	3	0,3
Tecnología y equipamiento	10%	0,10	3	0,3	2	0,2	4	0,4	1	0,1
TOTAL	100%	1,00	21	2,2	15	1,5	34	3,4	30	2,9

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). *Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas*. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

La matriz de perfil competitivo permite comparar el Hospital San Bernabé ESE del municipio de Bugalagrande, con otros pares, es decir, Empresas Sociales del Estado del mismo nivel de atención, que se encuentran ubicadas en municipios de la región centro y norte Vallecaucana (Hospital San Vicente Ferrer del municipio de Andalucía, Hospital Rubén Cruz Vélez del municipio de Tuluá y el Hospital San Nicolás del municipio de Versalles). Este método logra establecer una evaluación desde 10 (diez) variables consignadas en la columna de factores claves de éxito, variables que poseen un porcentaje que se asigna para cada una de ellas, en donde algunas de estas tendrán mayor peso en comparación con otras, esto debido a la importancia, impacto y/o necesidad requerida al prestar servicios del área evaluada.

Finalmente y en términos generales, se puede establecer, que la dinámica de la matriz, permite resaltar el Hospital con más ventaja competitiva desde el área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, teniendo como constante que para estas Empresas Sociales del Estado dicho servicio debe mostrarse siempre como la razón de ser las mismas.

Para este ejercicio el Hospital Rubén Cruz Vélez del municipio de Tuluá, marca una diferencia importante, es decir, una ventaja competitiva frente al resto, seguido a éste, se encuentra el Hospital San Nicolás del municipio de Versalles, que permite ver como es superior en el desarrollo interno de algunas variables enmarcadas en factores clave de éxito.

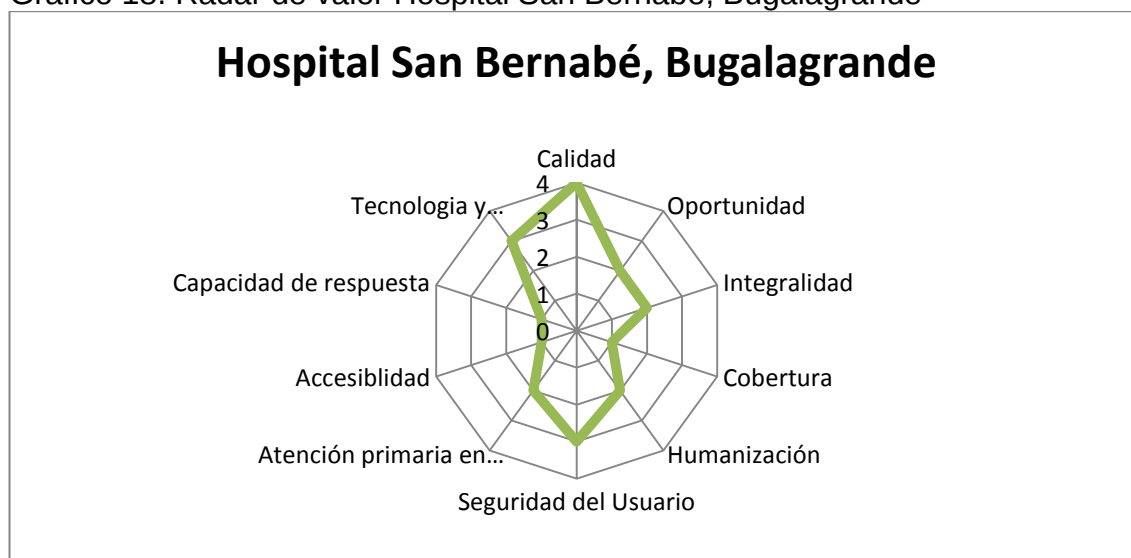
Aunque el Hospital San Bernabé del municipio de Bugalagrande, muestra un adelanto en el sistema de gestión de calidad, a la hora de analizar la matriz, la conclusión está encaminada a que debe trabajar internamente en el fortalecimiento de la mayoría de variables evaluadas, dado que el resultado no enmarca ventaja competitiva relevante frente al servicio que ofrecen otros Hospitales de la región.

5.4 RADARES DE COMPARACIÓN

Los radares son un instrumento de diagnóstico, que permite analizar y reforzar si fuera el caso la competitividad de las empresas comparadas en este estudio, evidenciando los factores claves de éxito en cada una de ellas. Indicando por cada empresa analizada el valor absoluto y valor sopesado por cada variable escogida por el grupo investigador. La gráfica de radar también conocida como diagrama de araña, por la similitud que posee con una telaraña, es una herramienta efectiva en mostrar las diferencias o brechas que existen entre el estado actual y el estado ideal de un factor. (Betancourt, G., 2014).

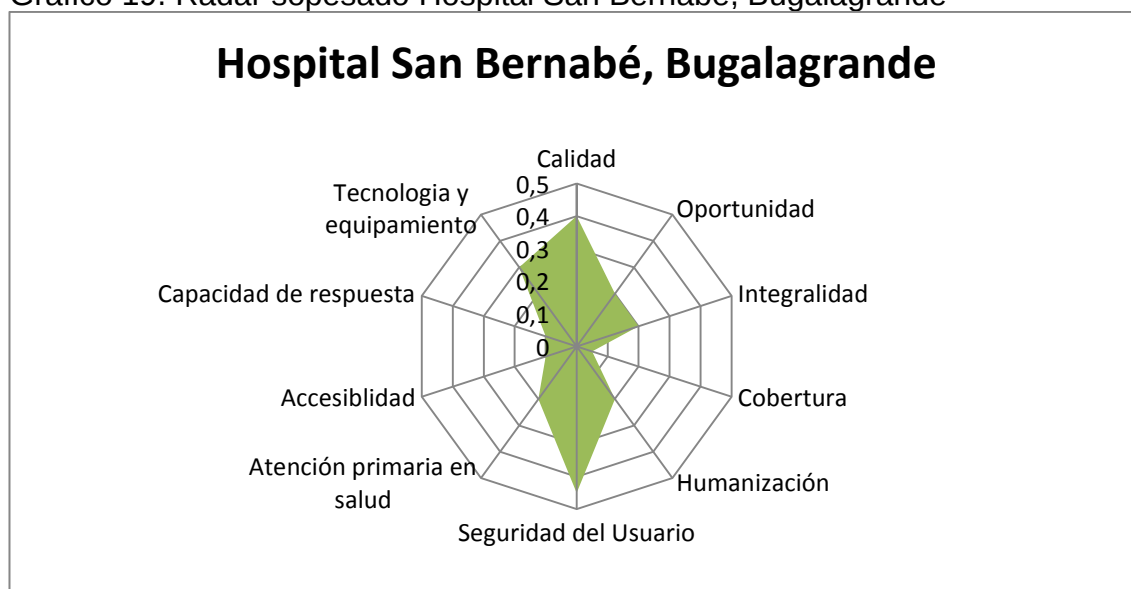
5.4.1 Radares de comparación Hospital San Bernabé. El Hospital San Bernabé del municipio de Bugalagrande presenta un excelente desempeño en el valor clave de éxito, Calidad y un desempeño aceptable en el factor seguridad del usuario y un desempeño crítico en tecnología y equipamiento, oportunidad, integralidad, capacidad de respuesta, accesibilidades, atención primaria en salud, con un valor sopesado de 2.2 de acuerdo a la Matriz del Perfil Competitivo.

Gráfico 18. Radar de valor Hospital San Bernabé, Bugalagrande



Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

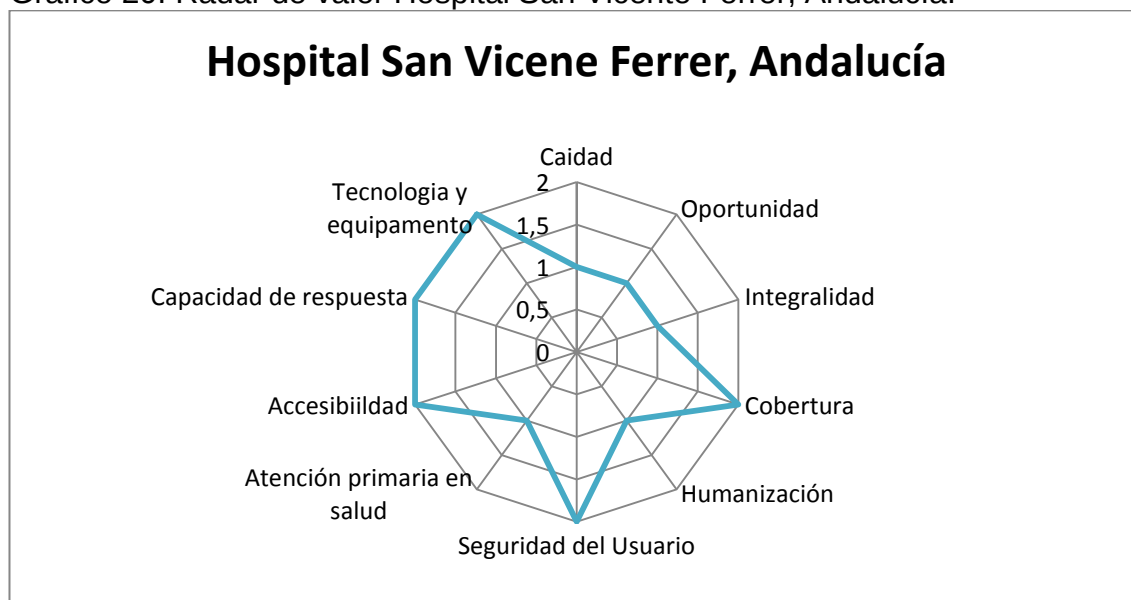
Gráfico 19. Radar sopesado Hospital San Bernabé, Bugalagrande



Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

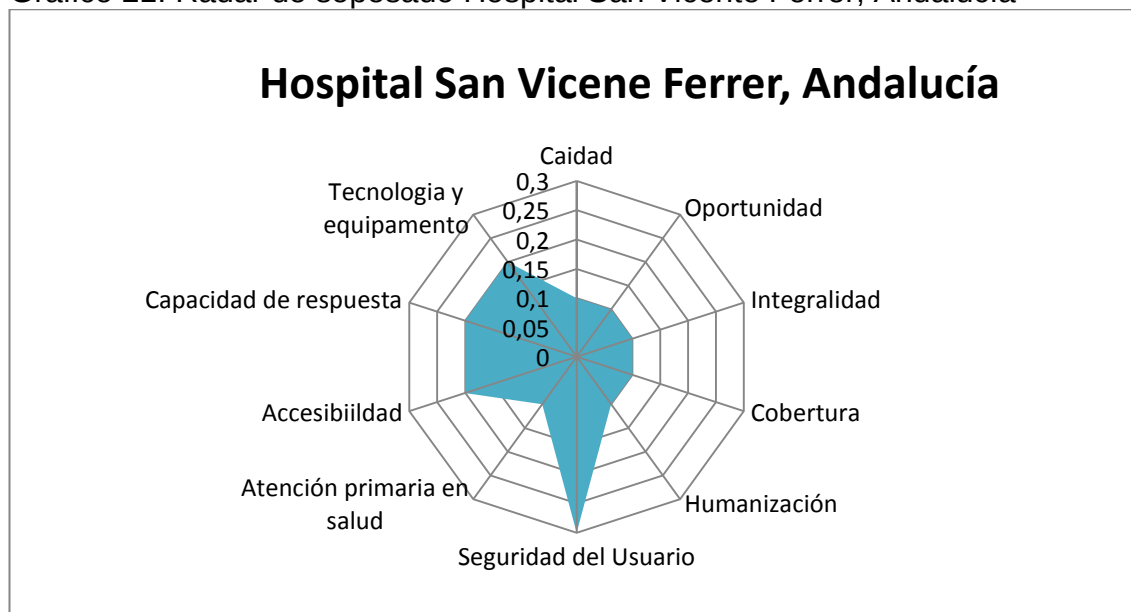
5.4.2 Radares de comparación Hospital San Vicente Ferrer. El Hospital San Vicente Ferrer del municipio de Andalucía presenta un aceptable desempeño en el valor clave de éxito, tecnología y equipamiento, calidad de respuesta, accesibilidad, seguridad del usuario y cobertura y un desempeño crítico en calidad, oportunidad e integralidad, con un valor sopesado de 1.5 de acuerdo a la Matriz del Perfil Competitivo.

Gráfico 20. Radar de valor Hospital San Vicente Ferrer, Andalucía.



Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

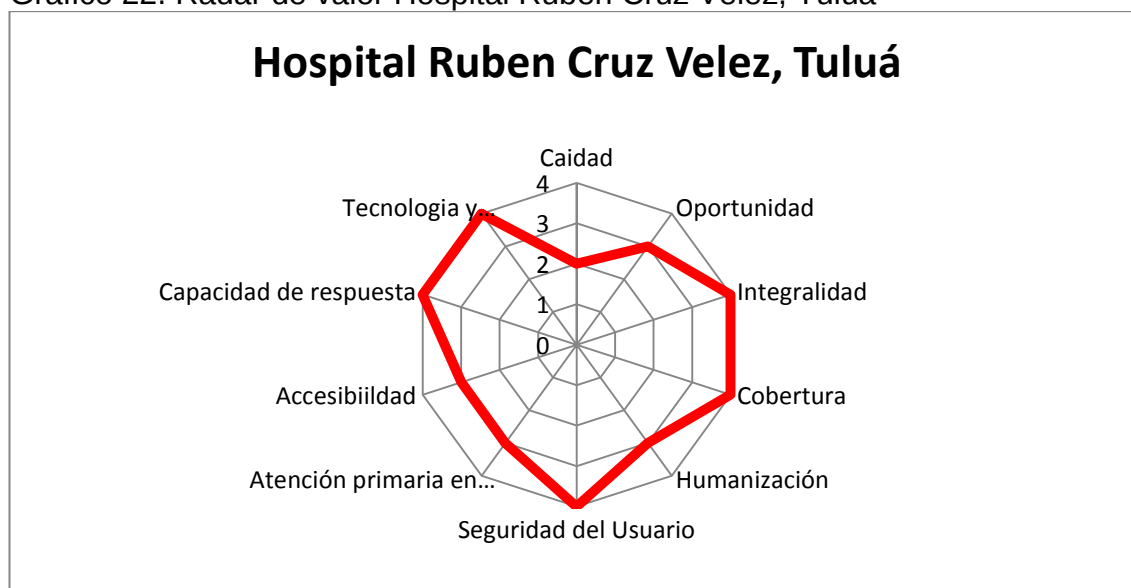
Gráfico 21. Radar de sopesado Hospital San Vicente Ferrer, Andalucía



Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

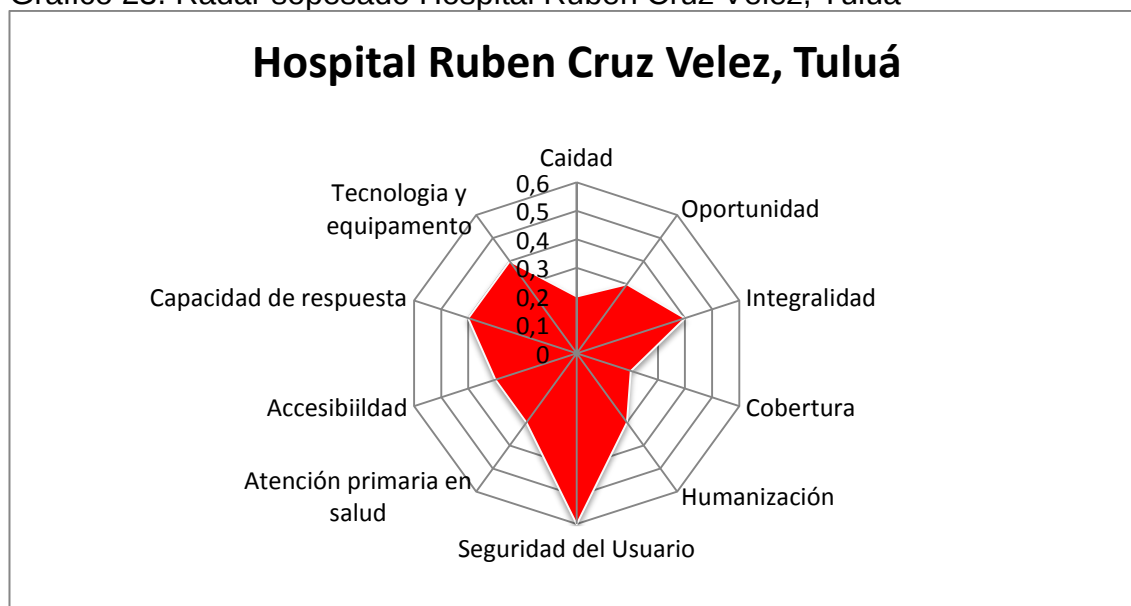
5.4.3 Radares de comparación Rubén Cruz Vélez. El Hospital Rubén Cruz Vélez del municipio de Tuluá presenta un excelente desempeño en integralidad, cobertura, seguridad del usuario, capacidad de respuesta y tecnología y equipamiento, un aceptable desempeño en oportunidad, humanización, atención primaria en salud y accesibilidad, y un crítico desempeño en calidad; con un valor sopesado de 3.4 de acuerdo a la Matriz del Perfil Competitivo.

Gráfico 22. Radar de valor Hospital Rubén Cruz Vélez, Tuluá



Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

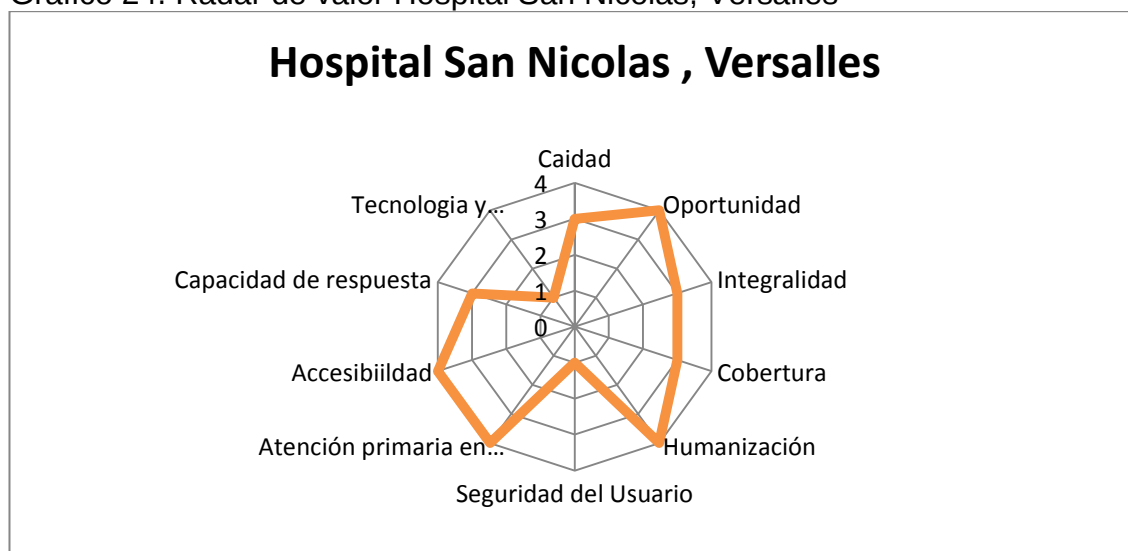
Gráfico 23. Radar sopesado Hospital Rubén Cruz Vélez, Tuluá



Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

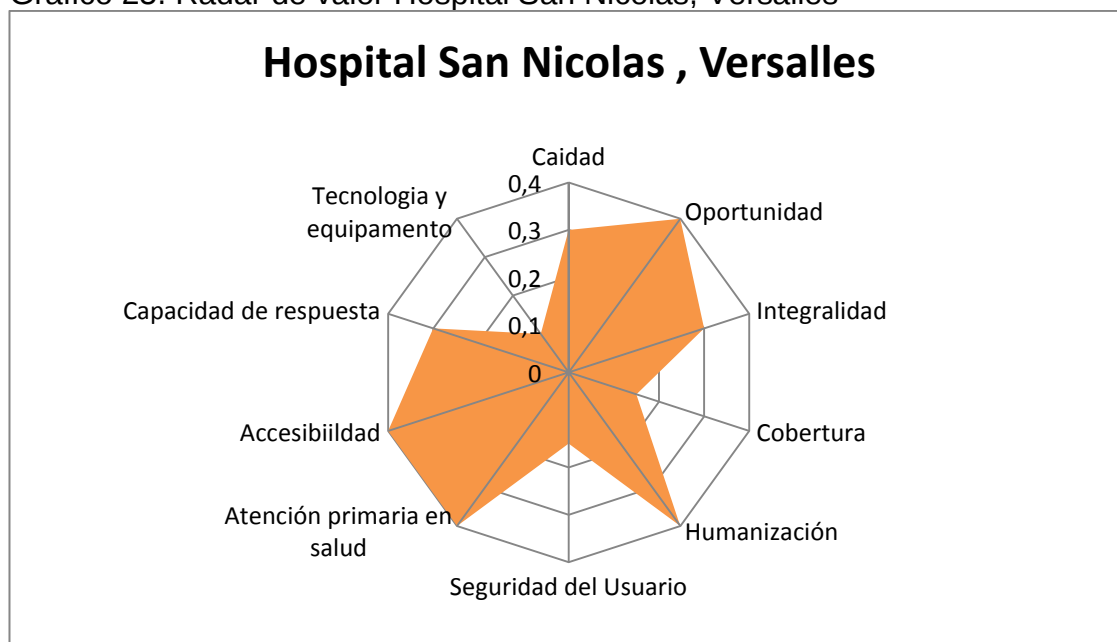
5.4.4 Radares de comparación Hospital San Nicolás. El Hospital San Nicolás del municipio de Versalles presenta un excelente desempeño en oportunidad, humanización, accesibilidad, atención primaria en salud, un aceptable desempeño en calidad, cobertura, integralidad, capacidad de respuesta y un crítico desempeño en seguridad del usuario y tecnología y equipamiento; con un valor sopesado de 2.9 de acuerdo a la Matriz del Perfil Competitivo.

Gráfico 24. Radar de valor Hospital San Nicolás, Versalles



Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

Gráfico 25. Radar de valor Hospital San Nicolás, Versalles



Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

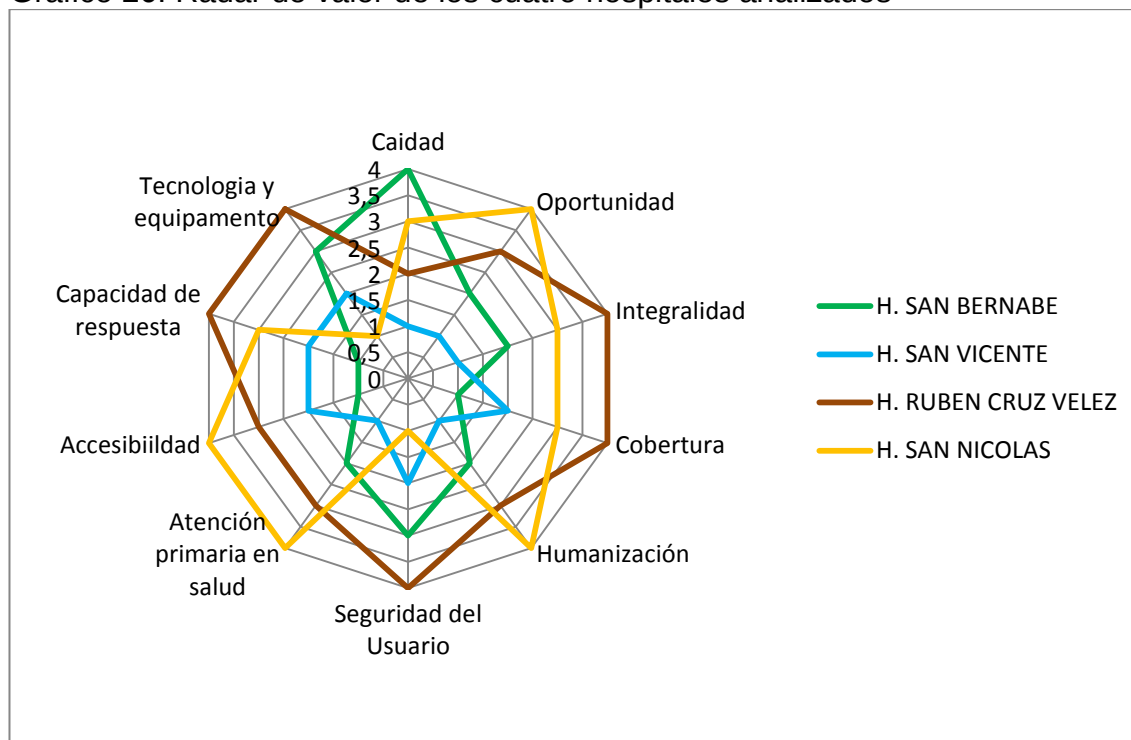
5.4.5 Radares de valor y sopesado de los cuatro hospitales analizados.

En el Gráfico 26 se observa como el servicio de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del Hospital Rubén Cruz Vélez del municipio de Tuluá, marca diferencia al tener 5 (cinco) variables claves de éxito por encima del resto de Empresas Sociales del Estado, integralidad, cobertura, seguridad del usuario, capacidad de respuesta y tecnología y equipamiento.

Sin embargo el Hospital San Nicolás del municipio de Versalles, muestra un comportamiento aceptable y competitivo en este gráfico, vale la pena resaltar que la principal estrategia del servicio de promoción de la salud y prevención de la enfermedad suele ser la atención primaria en salud, y en esta variable, la Empresa Social del Estado de Versalles marca gran diferencia.

Otra de las variables importantes postuladas en la matriz de competitividad, es sin duda el sistema de gestión de calidad que pueden obtener los Hospitales a través de una certificación o acreditación en el servicio de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en este punto el Hospital San Bernabé ESE, deja ver como se alcanza gran diferencia frente al resto de Hospitales evaluados, situación que abre la puerta a la mejora del servicio, dado que estos sistemas de calidad, trabajan por procesos y procedimientos que requieren de un alto control, buscando la satisfacción del usuario vs el incremento en productividad.

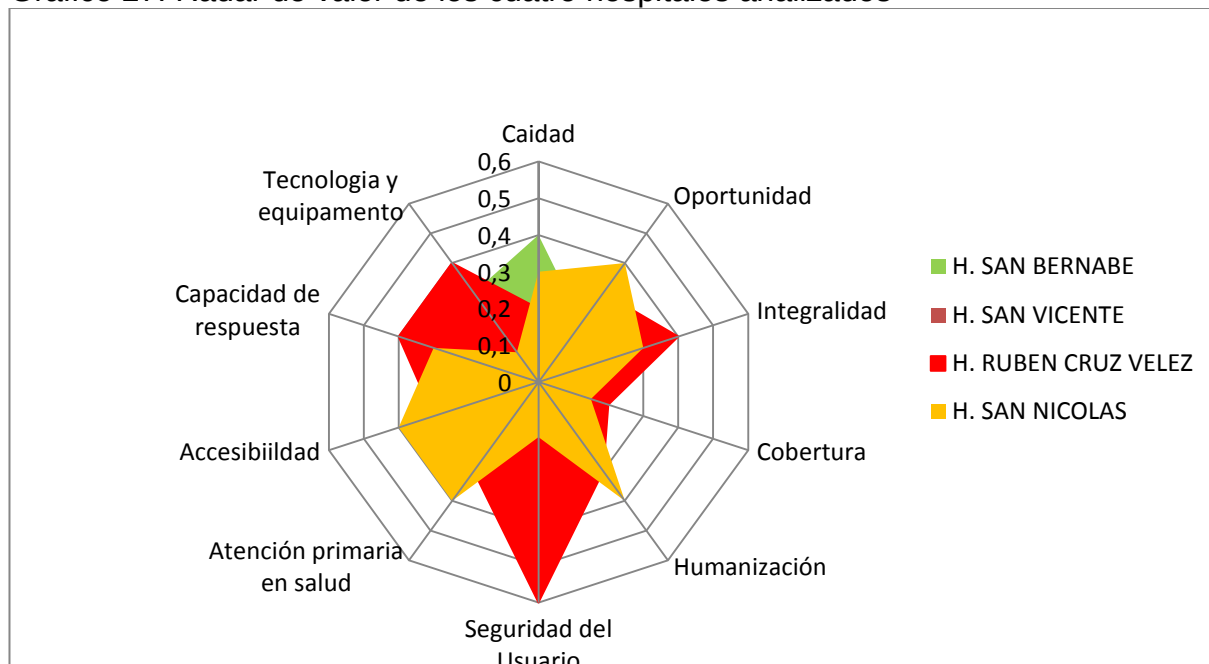
Gráfico 26. Radar de valor de los cuatro hospitales analizados



Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

La Grafica 27 valor sopesado permite hacer el siguiente análisis, aunque en el gráfico de valor el Hospital Rubén Cruz Vélez del municipio de Tuluá, resulto tener mayor ventaja competitiva frente al resto de Instituciones Prestadora de Salud, en este grafico se observa con claridad como el Hospital San Nicolás del municipio de Versailles, marca mayor peso frente al resto de Empresas Sociales del Estado, incluido el Hospital de Tuluá. La oportunidad y la atención primaria en salud, se consolidan como las fortalezas del Hospital del municipio de Versailles.

Gráfico 27. Radar de valor de los cuatro hospitales analizados



Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

5.4.6 Recomendaciones a la empresa. El Hospital San Bernabé del municipio de Bugalagrande, enmarca dentro de sus fortalezas la certificación en el sistema de gestión de calidad otorgado por ICONTEC, sin embargo, son más las variables claves de éxito que se ubican por debajo de la dinámica que emprenden en este mismo orden las tres Empresas Sociales del Estado con las que se compara en la matriz de competitividad.

El resultado del benchmarking, permite entender que en la región centro Vallecaucana hay gran competencia a la hora de prestar servicios en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, no obstante, cabe resaltar como tres hospitales de los cuatro confrontados, muestran fortalezas puntuales en aspectos clave de éxito, por ejemplo el Hospital Rubén Cruz Vélez de Tuluá resalta en la integralidad del servicio, mientras que el Hospital San Nicolás de Versailles toma el liderazgo en la estrategia atención primaria en salud, y finalmente podemos ver como la calidad en el servicio sobre sale gracias al desempeño del Hospital San Bernabé del municipio de Bugalagrande.

6. ANÁLISIS INTERNO

6.1 DIAGNÓSTICO FUNCIONAL

Las fortalezas identificadas en el área de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad (P y P), se enmarcan en el ofrecimiento de un portafolio de servicios amplio y con una oportunidad de ellos continua, mientras otras instituciones lo hacen con horario limitado. Además, ofrece programas integrales (crecimiento y desarrollo, salud oral, control del cáncer de cuello de útero, vacunación, servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, planificación familiar, control de patologías crónicas en el adulto mayor, control del embarazo, entre otros). Hay atención en los corregimientos desde los puestos de salud, brindando accesibilidad al programa en zona rural a través de dicha estrategia.

La estructura de programas en salud preventiva (atención primaria) conlleva al control de las enfermedades y por ende el bienestar de la comunidad, con la ubicación de la IPS y de sus centros de salud cercanos.

Se actúa con un enfoque social, dinámico y objetivo, dirigido a esquemas nacionales y locales, lo que permite articular acciones en el sector salud con la participación de los actores del sistema como flujo de red social y comunitaria. Hay buen recurso humano en cantidad y calidad, hay buen recurso en insumos para trabajar, hay un muy buen diseño programático (Misión, Visión, objetivos). Eficiente trabajo en el censo de la población en los puestos de salud (caracterización de la población objeto para hacer demanda inducida).

Los puestos de salud han sido mejorados en su infraestructura, se ha promovido la participación comunitaria en acciones colectivas que afectan la comuna o barrio, se busca generar la concepción de salud en casa con visitas domiciliarias, jornadas de salud y evaluación de riesgo y acciones preventivas por parte del personal del área, abordando el perfil epidemiológico de la comunidad bugalagrandeña.

Las debilidades identificadas en el área se evidencian en la falta de demanda inducida con propiedad, se destinan recursos valiosos para cumplir demandas burocráticas como firmas y otras cuestiones que no impactan realmente en la salud de los usuarios. En el contexto del Hospital San Bernabé (HSB), en el cual se ubica el área de P y P, existe una falta de educación en temas de promoción y prevención desde el facturador, enfermeras, médicos, hasta los que manejan el programa de P y P, lo cual no permite al usuario ser direccionado a tiempo a los servicios del área. Por otro lado, hay cuestiones personales que inciden en el desempeño profesional del programa, no se operativizan satisfactoriamente los objetivos del programa, hay una falta de compromiso para entrega a tiempo de los datos que se requieren para elaborar un plan de trabajo eficiente (equipo P y P de zona urbana y promotoras).

Otra situación que se identifica es que no hay continuidad en los procesos de P y P, debido a que los profesionales o personal asistencial que llega a laborar no aplican las guías de manejo establecidas en el sistema de calidad institucionalizado, todo depende de la persona y no de la hoja de ruta que debería seguir el profesional encargado del programa, es decir, se ha amarrado la calidad y los servicios al profesional que llega.

Carencia en la institucionalización de valores corporativos en el área.

Frente a las debilidades en cuanto a las condiciones en las que se presta el servicio, se puede plantear que en algunas zonas la accesibilidad es limitada, debido al bajo presupuesto asignado para la oferta de servicios como consecuencia de los pagos atrasados en cartera de las EPS'S. Falta de sensibilización respecto a los servicios que se brindan hacia algunas personas de la comunidad. Las situaciones sociales, culturales y personales son impedimentos para el acceso a los servicios, por ejemplo en salud sexual y reproductiva. Se ha visibilizado una falencia de contratos con EPS'S que se encuentran en el municipio, las cuales poseen una población significativa a la cual se le puede prestar el servicio de P y P; esta situación delimita el servicio.

Los valores corporativos no están definidos solo para el área de P y P sino que está generalizados para el Hospital San Bernabé (HSB), los cuales se basan en el respeto y trato digno hacia los usuarios del servicio, trabajo en equipo, solidaridad, ética, honestidad y confianza, entre otros.

Hay personal certificado para sus servicios a diferencia de otras instituciones y es la única Institución certificada en P y P.

6.2 PLANEACIÓN

Actualmente el área de P y P cuenta con misión, visión, objetivos, metas y estrategias recientemente propuestas. Se realizan reuniones internas mensuales con el personal de P y P para planear la estrategia de trabajo. Se imparten tareas y metas a cumplir (ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar - PHVA). Esto se ha dado a conocer al medio comunitario, pero con falencias en la implementación de la estrategia de difusión hacia la población.

La tarea fundamental del área es promocionar la salud y prevenir la enfermedad a través de la captación poblacional, por medio de censo desarrollado previamente y con rigurosidad científica, el objetivo central es lograr una demanda inducida eficiente, por medio de la buena gestión del jefe de área y el compromiso del personal asistencial, esto es esencial en el área, debido a que no se podría identificar la población objeto que demanda el servicio, haciendo inútil la oferta del mismo.

Es importante recalcar que se elaboran planes periódicamente en la empresa. El primer viernes de cada mes se elabora el plan de trabajo que tiene un límite

de tiempo de un mes, este plan de trabajo se elabora teniendo en cuenta factores como la morbilidad, mortalidad y necesidades sentidas de los usuarios. Estos planes son elaborados por el jefe de área teniendo en cuenta los lineamientos nacionales y las necesidades básicas de la comunidad, así como las sugerencias argumentadas por parte de su personal asistencial, los entes de control, los actores o líderes comunitarios con promotoras de salud, las veedurías, y la Secretaría de Salud con salud pública. Estos actores deben acompañar el proceso en la etapa de ejecución y evaluación del plan.

6.3 ORGANIZACIÓN

En el área de Promoción y Prevención (P y P) existe un jefe del área, auxiliar de enfermería y promotor de salud. Existen los siguientes programas: Programa de adultos sanos y crónicos, planificación familiar, crecimiento y desarrollo, PAI (vacunación), maternidad segura, servicios amigables, salud oral, salud infantil, programa de enfermedades inmunoprevenibles.

Las tareas de cada uno de los integrantes del área son las siguientes:

El Jefe de área planea estrategias y actividades de los diferentes programas que son delegados al personal asistencial, verifica y evalúa las acciones que se llevan a cabo según el plan de trabajo.

El personal asistencial ejecuta las directrices de los programas dando cumplimiento a las metas propuestas.

Las promotoras de salud se encargan de identificar la población objeto y efectuar demanda inducida.

La concepción del área de P y P, se fundamenta en principios de eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios, atención humanitaria donde prime el bienestar del usuario, confiabilidad en los servicios y procedimientos que se realizan en el área, mejoramiento continuo en los procesos de atención, oferta de servicios, en toma de decisiones, y calidad en el servicio.

Los distintos programas que ofrece el área de P y P son los siguientes:

1. Adultos sanos y crónicos. Se identifica de manera temprana a población con enfermedades crónicas no transmisibles. La función principal es captar a la población con patologías asociadas a los estilos de vida y educarlos frente a los mismos para lograr la modificación de éstos (tabaquismo, alcoholismo, alimentación no saludable, sedentarismo, etc.).
2. Planificación familiar. Se pretende reducir la tasa de embarazos no deseados y de embarazos a temprana edad, educar en salud sexual y reproductiva en referencia a Enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos y prevenir la mortalidad en menores de un año.

3. Crecimiento y desarrollo. Se realiza control en la nutrición en primera infancia, se promueve el cuidado integral (físico, social, emocional y mental) de los niños, se detectan oportunamente riesgos, anomalías en su proceso de crecimiento y desarrollo para orientar a las otras áreas del Hospital o programas del área idóneos.

4. Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Se previenen enfermedades y muertes por patologías en todas las etapas a través de vacunación.

5. Maternidad segura. Se trata de evitar enfermedades neonatales y perinatales. Se realizan detecciones de enfermedades durante la maternidad.

6. Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes. Brinda el servicio de educación y asistencia en salud sexual y reproductiva a jóvenes entre 10 y 29 años.

7. Salud Oral. Se identifican y previenen las enfermedades bucales en la población, a través de la educación en higiene oral siendo herramienta esencial para la prevención la entrega de capacitación a la comunidad en este tema.

8. Salud infantil. Se pretende reducir la mortalidad en primera infancia, reducir morbilidad en enfermedades adquiridas, previniendo enfermedades, teniendo en cuenta el mejoramiento de la nutrición infantil y educar en lactancia materna.

9. Programa de enfermedades inmunoprevenibles. Se promueve la educación respecto a riesgos y efectos de enfermedades inmunoprevenibles.

Estos programas son necesarios en el área, ya que estos pueden prevenir, diagnosticar, identificar todo tipo de riesgos y patologías en los usuarios si se logra articular de manera eficiente. Estos contribuyen en la promoción de la salud a través de los factores protectores de los usuarios y prevenir los factores riesgo que puedan conllevar a enfermedades crónicas no transmisibles.

Es importante tener en cuenta, que algunos programas no poseen locaciones adecuadas o recursos materiales necesarios para brindar atención a los usuarios haciendo difícil en algunas ocasiones ofrecer un servicio de óptima calidad.

6.4 DIRECCIÓN

Existe un trabajo individualizado, en algunas ocasiones se comunican las responsabilidades para cada cargo o rol en el conjunto, no hay imagen de equipo.

Cuando se planean campañas y eventos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la Jefe delega tareas y establece metas que se deben cumplir y que son verificadas al finalizar dichas actividades.

En ocasiones se presenta motivación individual ante labores exitosamente realizadas, pero no existe concretamente un plan de incentivo para el grupo de trabajo, con actividades y tiempos precisos.

No es coherente calificar a la gerencia como participativa, cuando no se escuchan recomendaciones del grupo de trabajo; continuamente hay cambio de profesional en la gerencia, el grupo de trabajo cada día se siente lejos de incrementar el crecimiento de la Institución.

Existe respeto para con la planeación que se realiza cada mes cuando se presentan casos no programados, pero es visible la voluntad de colaboración en situaciones de emergencia o complejas donde P y P juega un papel trascendental.

No es eficaz la dirección de P y P, partiendo de la conformación del equipo de trabajo, no solo en la delegación de las tareas y responsabilidades de cada técnica y profesional, se evidencia individualismo, lo que provoca esta falla.

Para el área de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, las decisiones se vienen tomando de manera inmediata, el equipo que apoya esta toma de decisiones está conformado por la Gerente del Hospital, subgerente científico y la Jefe responsable de P y P. Esto va de acuerdo a los resultados en metas y necesidades identificadas para el área. Debido a la certificación en calidad, las decisiones se toman basadas en el comité de P y P, lo cual evidencia una política institucional frente a las necesidades o problemáticas que se identifican.

6.5 EVALUACIÓN Y CONTROL

No hay un sistema de control de gestión del área. El control se desarrolla por medio del comité técnico conformado, pero no hay reuniones periódicas y no opera como debería operar con otros jefes de áreas y gerencia, aunque se revisan metas y productividad.

Las estrategias encaminadas a desarrollar cada uno de los programas están definidas, como en el Programa ampliado de inmunización (vacunación), atención preventiva en salud bucal, detección temprana de alteraciones del embarazo, detección temprana del cáncer del cuello uterino, atención en planificación familiar a hombres y mujeres, detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años), detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (de 10 a 29 años), detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual y detección temprana de alteraciones del adulto mayor de 45 años.

Estas estrategias se plantean para alcanzar las metas exigidas por el ministerio de salud, que van de la mano con las necesidades específicas del municipio,

para adecuar la respuesta como oferta de servicios según las necesidades identificadas en las mediciones que se realizan periódicamente.

Los resultados de esas mediciones se analizan y se trabaja en las causas de las desviaciones en las metas no alcanzadas, también se reportan las metas alcanzadas a cada una de las Eps contributivas y subsidiadas además de establecer la meta en atención a población pobre no asegurada.

Las medidas correctivas para abordar las metas no alcanzadas son modificadas constantemente, ya que en el Hospital San Bernabé (HSB), al cual pertenece el área, al llevar diversos cambios en Períodos cortos de la alta gerencia, la cual está en control del área de P y P, y de igual manera en el jefe de área de P y P modifica el proceder en las medidas correctivas previamente adoptadas en el comité de toma de decisiones. Cabe anotar que esta situación pone en evidencia el mal funcionamiento del sistema de gestión de calidad.

El control de la gestión se realiza bajo la responsabilidad del jefe de P y P y de la subgerencia científica y se plasma en un informe, el cual contiene los objetivos, indicadores, metas y cobertura de cada programa, éste es entregado mensualmente al jefe del área por el personal asistencial y las promotoras. El informe completo del área se entrega cada tres meses por parte del jefe del área mediante el comité de garantía de calidad a la alta gerencia.

Las otras formas de control son: Control interno, las auditorías externas e internas desde el sistema de gestión de calidad y las Secretarías de salud municipal y departamental.

6.6 GESTIÓN DE RECURSOS

6.6.1 La Calidad y cantidad de los recursos humanos. El personal es idóneo para las labores del área. Existe personal antiguo que tiene formación como promotor sin embargo actualmente esta profesión ya no aplica para esta labor, debido a que ha sido reemplazada por personal formado en auxiliar de enfermería.

Existen falencias en las capacidades del personal, ya que estas no evolucionan al mismo ritmo del área, porque no existe continuidad en los procesos y en servicio por la falta de estabilidad laboral en el personal asistencial. De igual manera, se ha identificado una falta de personal para atender la totalidad de la población del municipio, y para incluir más programas que deberían estar en el área.

6.6.2 Clima de trabajo y salud ocupacional. Se evidencian diferencias en las relaciones personales entre los trabajadores, no separando la situación personal de la laboral. El personal asistencial se considera un recurso valioso para brindar un servicio adecuado en la Institución, entendiendo que la labor que desempeñan está en beneficio de proporcionar calidad de vida en los habitantes que utilizan los servicios del área.

El personal no pone en práctica uno de los valores corporativos que es trabajo en equipo, siendo el eslogan del HSB, “Equipo humano que trabaja para todos”, incumpliendo con los lineamientos de recursos humanos.

Existen algunas reivindicaciones por parte del personal como la mejora en las herramientas de trabajo, implementación de nuevas tecnologías, mejoras locativas y estabilidad laboral. El ausentismo se da en algunas ocasiones por incapacidad médica.

En el área se desarrollan acciones de selección de personal, aunque mediados por intereses políticos que se anteponen a la idoneidad del aspirante en el puesto de trabajo.

Los exámenes de selección de personal en esta área no son equilibrados, solo se revisa hoja de vida y exámenes médicos.

En el área se dispone de salarios a la medida de las labores, del nivel de preparación y la remuneración es mejor en esta Institución que en otras del sector.

Se le da importancia a la capacitación del personal en el área, por medio de convenios como con la Universidad Central del Valle que posee programa de salud y educa en atención humanitaria a usuarios.

Tabla 25. Diagnóstico funcional

Diagnóstico funcional					
Variable	F/D	DM	dm	fm	FM
Portafolio de servicios amplio	F				X
Puestos de salud en el municipio	D	X			
Recurso humano e insumos	F			X	
Plataforma estratégica de E. S. E.	F			X	
Demanda Inducida	D	X			
La transversalidad del Área frente a otras	D		X		
Continuidad del personal en el área de P y P	D	X			
Sentido de pertenencia	D		X		
Accesibilidad al servicio	D		X		
Contratación con EPS	D		X		

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

Tabla 26. Diagnóstico funcional área planeación

Área de planeación					
Variable	F/D	DM	dm	fm	FM
Ciclo PHVA (ajustado a la morbilidad y mortalidad del municipio)	F				X
Trabajos concertados con otras instituciones y entes de control	F			X	
Estructura y organograma del área	F			X	

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

Tabla 27. Diagnóstico funcional área dirección

Área de dirección					
Variable	F/D	DM	dm	Fm	FM
Trabajo entre el personal del área y los miembros de la alta gerencia	D	X			
Trabajo en equipo	D		X		

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

Tabla 28. Diagnóstico funcional área evaluación y control

Área de evaluación y control					
Variable	F/D	DM	Dm	fm	FM
Operatividad del comité de área	D	X			
Seguimiento a las diferentes medidas correctivas	D	X			
Sistema de Gestión de Calidad	D	X			

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

Tabla 29. Diagnóstico funcional área gestión de recursos

Área de gestión de recursos					
Variable	F/D	DM	Dm	Fm	FM
Personal idóneo para las labores	F			X	

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

Tabla 30. Diagnóstico funcional área organización

Área de organización					
Variable	F/D	DM	dm	fm	FM
Programas inmunoprevenibles	D		X		

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

6.7 ANÁLISIS INTEGRADO DE LA SITUACIÓN INTERNA

Al concluir el proceso anterior en el que se logró consolidar la información intrínseca de la Empresa Social del Estado, se procede a construir la evaluación integrada de la situación interna, donde migran las variables consignadas en el ejercicio anterior por tener mayor impacto en fortalezas y debilidades, a la nueva evaluación que reúne variables claves, situación actual e impacto sobre el grupo.

Tabla 31. Evaluación integrada de la situación interna.

EVALUACIÓN INTEGRADA DE LA SITUACIÓN INTERNA		
ÁREA DE PLANEACIÓN		
Variable clave	Situación actual	Impacto sobre el grupo (f/d)
Ciclo PHVA (ajustado a la morbilidad y mortalidad del municipio)	Actualmente el área logra establecer acciones claras de planeación y control, permitiendo que cada una de las metas logren lo esperado en el momento de analizar los indicadores.	Esta variable representa una Fortaleza Mayor para el área, aún más si se entiende que del alcance de las metas planteadas está la posibilidad de recaudar los recursos esperados, al mismo tiempo se evitan posibles glosas al momento de presentar informes ante las EPS que contratan el servicio.
Trabajos concertados con otras instituciones y entes de control	Las actividades desarrolladas al interior del Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, alcanzan el mayor éxito, en la medida en que la comunidad y/o las instituciones logran el empoderamiento y la adherencia en estas estrategias que redundan en el incremento de calidad de vida de la población.	Esta variable se consolida como fortaleza menor, teniendo en cuenta que aunque si se están logrando acciones en torno al trabajo en equipo, falta alcanzar el nivel de empoderamiento requerido para lograr la meta de municipio saludable.
Estructura y organograma del área	El área de P y P cuenta con una correcta estructura, en la que el jefe puede contar con una serie de colaboradores que de acuerdo a su formación profesional están asumiendo roles inherentes al servicio y su oferta de programas.	la variable se clasifica como fortaleza menor, entendiendo que hay dos situaciones externas al área que en ocasiones no dejan avanzar en el propósito establecido desde lo planeado, mientras la selección de personal tenga deficiencias en su proceso, se corre riesgos inminentes de incorporar personal con carencia de idoneidad.

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

Continuación Tabla 27.

EVALUACIÓN INTEGRADA DE LA SITUACIÓN INTERNA		
ÁREA DE ORGANIZACIÓN		
Variable clave	Situación actual	Impacto sobre el grupo (f/d)
Programas inmunoprevenibles	El servicio de P y P debe ofertar una serie de programas, en su mayoría se encuentran estructurados, pero para el caso concreto de TB y VIH Sida, el área no está prestando a los usuarios espacios donde estos puedan tener un rendimiento y un control adecuado.	La variable clave se encasilla como una debilidad Menor, teniendo en cuenta que hay una estructura de los programas, pero su operatividad no alcanza las metas esperadas.
EVALUACIÓN INTEGRADA DE LA SITUACIÓN INTERNA		
ÁREA DE DIRECCIÓN		
Variable clave	Situación actual	Impacto sobre el grupo (f/d)
Trabajo entre el personal del área y los miembros de la alta gerencia	La comunicación interna es vital para el buen desempeño de las áreas, programas y estrategias, que transitan a través de los servicios. Para el área de P y P, se evidencia un vacío en la comunicación, es decir, no hay espacios claros de participación y de interacción, entre los colaboradores y la alta gerencia especialmente en situaciones donde se deben tomar decisiones.	La variable clave se clasifica como debilidad mayor. Es muy obvio que la correcta toma de decisiones debe estar acompañada de análisis internos y externos, de información, etc. para este caso, quien posee claridad de la situación del servicio es el jefe del área y su equipo de colaboradores.
Trabajo en equipo	El trabajo en equipo se fluctúa al interior del área, esto obedece a que el jefe del servicio es cambiado con frecuencia, sumado a que la mayor parte del personal es de planta y llevan con la empresa muchos años, situación que dificulta el trabajo cuando este es sometido a cambio de estrategias.	La variable se establece como debilidad menor, dado que en momentos se logran desempeños en quipo que benefician al usuario, colaborador y empresa, pero hay que reconocer que en ocasiones el ambiente laborar se torna hostil y esto limita el alcance de las metas planteadas.

EVALUACIÓN INTEGRADA DE LA SITUACIÓN INTERNA		
ÁREA DE EVALUACIÓN Y CONTROL		
Variable clave	Situación actual	Impacto sobre el grupo (f/d)
Operatividad del comité de área	El comité del área debe tener una serie de reuniones frecuentes, estas se ven interrumpidas por diversos motivos, entendiendo que es allí donde se deben tomar las decisiones más relevantes, pues al no realizarse, la objetividad en la dirección se pierde y el apoyo para el área disminuye considerablemente.	Esta variable clave se califica como debilidad mayor. Es de suma importancia hacer control y seguimiento a lo planeado, la jefe del área lo realiza mensualmente con su equipo y reporta informes trimestralmente, pero deben haber espacios de dialogo para ajustar tareas y tomar decisiones relevantes. De no ser así los programas pierden impacto por situación evidentemente administrativas.
Seguimiento a las diferentes medidas correctivas	Esta variable está muy enlazada con la inmediatamente anterior, donde el seguimiento no es el esperado, dado que no hay espacios en agendas para llevar a cabo esta labor.	La variable se clasifica como debilidad mayor, la justificación está directamente relacionada con la calificación de la variable anterior.
Sistema de Gestión de Calidad	El SGC debe ser sin duda alguna la oportunidad clave para alcanzar el orden institucional a través de procesos y procedimientos. Aunque el área cuenta con una certificación por ICONTEC, quedan muchas dudas a la hora de reconocer la verdadera operatividad de sistema.	La variable se clasifica como una debilidad mayor. El sistema de gestión de calidad no se está aprovechando como debería, si el sistema operara como está estipulado en los manuales, no se evidenciaran falencias cuando el área vive cambio en el personal. Además, el servicio tendría mayor control y capacidad de respuesta cuando algún programa o estrategia no este logrado lo esperado.

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

Continuación Tabla 27.

EVALUACIÓN INTEGRADA DE LA SITUACIÓN INTERNA		
ÁREA DE GESTIÓN DE RECURSOS		
Variable clave	Situación actual	Impacto sobre el grupo (f/d)
Personal idóneo para las labores	La mayoría del personal que integra el área de P y P, es de planta y está vinculado por muchos años a la Institución, la formación académica de estos y la experiencia en el rol que desempeñan permite que el servicio avance a pesar de las dificultades evidenciadas anteriormente.	Esta variable se clasifica como fortaleza menor. No logra ser mayor, porque aunque el personal estable es numeroso, hay otros que ingresan por prestación de servicios y en este proceso se evidencian falencias.

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

Continuación Tabla 27.

EVALUACIÓN INTEGRADA DE LA SITUACIÓN INTERNA		
CLIMA LABORAR Y SALUD OCUPACIONAL		
Variable clave	Situación actual	Impacto sobre el grupo (f/d)
Valores corporativos frente al desempeño del personal	Los colaboradores deberían llevar en su conducta principios y valores corporativos que la empresa muestra con frecuencia en su portafolio de servicios, el llevar un eslogan que enmarque el trato humano y el tener una plataforma estratégica que evidencia la calidad de servicio, deja claro que el usuario encontrara estas variables, pero hay un grupo importante de colaboradores que tratan de permear problemáticas personales que terminan alterando el buen desempeño que debería tener el área.	La variable se clasifica como debilidad menor, dado que el comportamiento es variable e inconstante cuando se trata de mostrar valores corporativos.
Proceso de selección de personal	La idoneidad en la selección de personal debe ser la principal variable a contemplar cuando se inicia un proceso de contratación. Para este proceso se puede concluir, que hay falencias en la incorporación de algunos colaboradores que pueden terminar asumiendo roles en sectores donde la exigencia de un profesional competente es quizá crucial para el rendimiento del área.	Esta variable clave es enmarcada como debilidad mayor. El incorporar personal a la Institución y aún más a un área como lo es la de P y P, que se supone debe haber claridad en las competencias y desde luego un excelente trato para el usuario, es quizá la mayor falencia que posee la empresa cuando en estas decisiones entra a jugar el ambiente político o partidista.

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

7. ANÁLISIS ESTRATÉGICO - DOFA

Matriz Dofa	
DEBILIDADES	FORTALEZAS
Infraestructura.	Salud Oral.
Número de Personal.	Sistema de Gestión de Calidad.
Recurso Económico para el área. Por el riesgo fiscal y financiero.	Brigadas de Salud.
Selección del Personal vs Idoneidad.	Planeación de Acciones según la norma.
Líder del área.	Crecimiento y desarrollo.
Cobertura.	Recurso Humano.
Búsqueda Activa. (Demanda Inducida).	PAI (Vacunación)
APS. (Atención Primaria en Salud).	
No se articula el equipo interdisciplinario del HSB.	
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Establecer contratos con las EPS Subsidiadas y Contributivas en las que por evento reconozca los servicios prestados a sus usuarios.	Las EPS que ofrecen servicios de P y P contratando otras IPS en el municipio, ponen en riesgo financiero a la Institución.
Ampliación de la cobertura en la prestación del servicio. Más servicios prestados vs más ingresos recaudados.	Las demandas contra la Institución. Atentan contra el área financiera de la Institución.
Establecer el convenio con la Secretaría de Salud municipal para desarrollar las acciones de salud pública del Plan de Salud Territorial.	No cumplir con las metas que exige el plan de saneamiento fiscal y financiero año a año, hasta salir del riesgo emitido por el ministerio de Salud y Protección Social y Hacienda y Crédito Público.
Articular acciones afines del programa P y P, desde la transversalidad con instituciones pares del municipio.	
Empoderar a la comunidad en los diferentes programas que se ofrecen, como garantía de continuidad y permanencia en el municipio.	

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

7.1 MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNOS – EFI

Tabla 32. Matriz EFI

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES INTERNO			
E. F. I.			
FACTORES DETERMINANTES DE ÉXITO	PESO	CALIF.	PESO PONDERADO
FORTALEZAS:			
1. Salud Oral.	5%	4	0,2
2. Sistema de Gestión de Calidad.	10%	3	0,3
3. Brigadas de Salud.	5%	3	0,15
4. Planeación de Acciones según la norma.	7%	3	0,21
5. Crecimiento y desarrollo.	7%	4	0,28
6. Recurso Humano.	8%	4	0,32
7. PAI (Vacunación)	10%	4	0,4
DEBILIDADES:			
1. Infraestructura.	10%	1	0,1
2. Numero de Personal.	5%	1	0,05
3. Recurso Economico para el área. Por el riesgo fiscal y financiero.	8%	1	0,08
4. Selección del Personal vs Idoneidad.	5%	1	0,05
5. Lider del área.	6%	1	0,06
6. Cobertura.	5%	2	0,1
7. Búsqueda Activa. (Demanda Inducida).	3%	2	0,06
8. APS.	3%	2	0,06
9. No se articula el equipo interdisciplinario del HSB.	3%	2	0,06
TOTAL	100%		2,48

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

7.2 MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES EXTERNOS – EFE

Tabla 33. Matriz EFE

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE FACTORES EXTERNOS			
E. F. E.			
FACTORES DETERMINANTES DE ÉXITO	PESO	CALIF.	PESO PONDERADO
OPORTUNIDADES:			
1. Establecer contratos con las EPS Subsidiadas y Contributivas en las que por evento reconzcan los servicios prestados a sus usuarios.	20%	4	0,8
2. Ampliación de la cobertura en la prestación del servicio. Más servicios prestados vs más ingresos recaudados.	20%	4	0,8
3. Establecer el convenio con la secretaria de salud municipal para desarrollas las acciones de salud publica del Plan de Salud Territorial.	10%	3	0,3
4. Articular acciones afines del programa P y P, desde la trasversalidad con instituciones pares del municipio.	10%	3	0,3
5. Empoderar a la comunidad en los diferentes programas que se ofrecen, como garantia de continuidad y permanencia en el municipio.	10%	3	0,3
AMANAZAS:			0
1. Las EPS que ofrecen servicios de P y P contratando otras IPS en el municipio, ponen en riesgo financiero a la institución.	10%	2	0,2
2. Las demandas contra la institución. Atentan contra el área financiera de la institución.	10%	1	0,1
3. No cumplir con las metas que exige el plan de saneamiento fiscal y financiero año a año, hasta salir del riesgo emitido por el ministerio de Salud y Protección Social y Hacienda y Credito Publico.	10%	1	0,1
Total	100%		2,9

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

7.3 ANÁLISIS DOFA (F.O – F.A – D.O – D.A)

Tabla 34. Dofa

		Mirar Dentro	
		Fortaleza	Debilidades
Mirar Dentro	Oportunidades	Estrategia Agresiva	Estrategia revitalización
	Amenazas	Estrategia De diversificación Concéntrica, o de búsqueda de oasis o diversificación	Estrategia Trinchera, enajenar o Liquidar

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

Ilustración 4. Matriz estratégica empresarial DOFA

MATRIZ ESTRATEGICA EMPRESARIAL - DOFA

VISIÓN EXÓGENA \ VISIÓN ENDÓGENA	FORTALEZA	DEBILIDAD
OPORTUNIDADES	BENEFICIAR	SOBREPONER
AMENAZAS	AFRONTAR	SUPERAR

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

Ilustración 5. Matriz estratégica empresarial DOFA

MATRIZ ESTRATEGICA EMPRESARIAL - DOFA

VISIÓN EXÓGENA \ VISIÓN ENDÓGENA	FORTALEZA	DEBILIDAD
OPORTUNIDADES	Estrategias F. O. Usar fortalezas Para aprovechar Oportunidades	Estrategias D. O. Aprovechar Oportunidades Para minimizar Debilidades
AMENAZAS	Estrategias F. A. Usar las fortalezas Para contrarrestar Las amenazas	Estrategias D. A. Minimizar Debilidades y Contrarrestar Amenazas

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

7.4 MATRIZ DOFA

Grafica 23. Matriz estratégica empresarial DOFA

MATRIZ DOFA	
ESTRATEGIA F. O.	ESTRATEGIA F. A.
Llevar a cabo contratación con EPS que beneficien los programas del área de P y P.	Estructurar mejor los programas para lograr atraer mayor y mejor contratación con las EPS.
Incrementar el trabajo donde no hay cobertura (más servicios prestados vs mayor recaudo).	Blindar la contratación del personal para evitar futuras demandas.
Establecer en convenio con la Secretaría de Salud municipal el Plan de Salud Territorial buscando potenciar el desempeño de los programas.	Lograr mayor productividad en la oferta del servicio para contribuir al plan de saneamiento fiscal y financiero.
Lograr que la promoción de la salud y prevención de la enfermedad esté transversal al desempeño de otras instituciones en el municipio (garantizar el empoderamiento de las estrategias en los habitantes).	
ESTRATEGIA D. O.	ESTRATEGIA D. A.
Ajustar las tarifas a la hora de contratar EPS basados en la norma y la necesidad fiscal y financiera del hospital.	Establecer un correcto sistema de selección de personal.
Ofertar servicios donde hay población afiliada a EPS donde al tiempo no encuentran presencia de la E.S.E en el sector donde habitan.	Mejorar la oferta de servicios en lugares con amplia población afiliada a EPS y llevar los programas a lugares donde aún no hay cobertura.
Conformar un equipo de trabajo que permita desarrollar actividades de A.P.S y demanda inducida.	Ajustar el gasto y establecer canales de gestión.
Estabilizar el personal que lidera procesos y procedimientos inmersos en los programas que ofrece el área.	

Fuente: Elaboración propia con base BETANCOURT G, B. (2012). Direccionamiento estratégico de Organizaciones Deportivas. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca

8. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

8.1 MISIÓN DEL HOSPITAL SAN BERNABÉ

En el Hospital San Bernabé E.S.E, presta servicios de salud de baja complejidad, orientados a mejorar la calidad y esperanza de vida de los habitantes del municipio de Bugalagrande y su área de influencia; para lo anterior desarrollamos programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ofreciendo atención segura y humanizada, generando rentabilidad social y equilibrio financiero.

Filosofía, principios y valores: En la filosofía se encuentra la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La atención segura suele ser el principio clave de la Institución, el hospital gira en torno a la humanización como principal valor, responsabilidad social.

Productos y servicios: La Institución por ser de baja complejidad, consolida como razón de ser el servicio de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Usuarios y clientes. La población del municipio de Bugalagrande.

Mercado meta. Toda la población que esta reportada como pobre no asegurada.

Conocimiento y tecnología. Equipamiento que se ofrece en los servicios de urgencias, laboratorio clínico, fisioterapia, odontología y en el área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Grupos de interés. Población que está asegurada bajo el régimen subsidiado y los del contributivo que tienen usuarios en el municipio de Bugalagrande.

8.2 VISIÓN HOSPITAL SAN BERNABE

El Hospital San Bernabé E.S.E., será reconocido por los habitantes del Municipio de Bugalagrande y su área de influencia, como su principal aliado para atender sus problemas de Salud y mejorar su Calidad de Vida.

8.3 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Los objetivos estratégicos del Hospital San Bernabé están enmarcados primordialmente en los principios de sostenibilidad financiera que le permite a la Institución ser viable en el desarrollo y cumplimiento de su misión sin dejar de lado los compromisos medioambientales con el Estado y la sociedad bugalagrandeña.

Estos son:

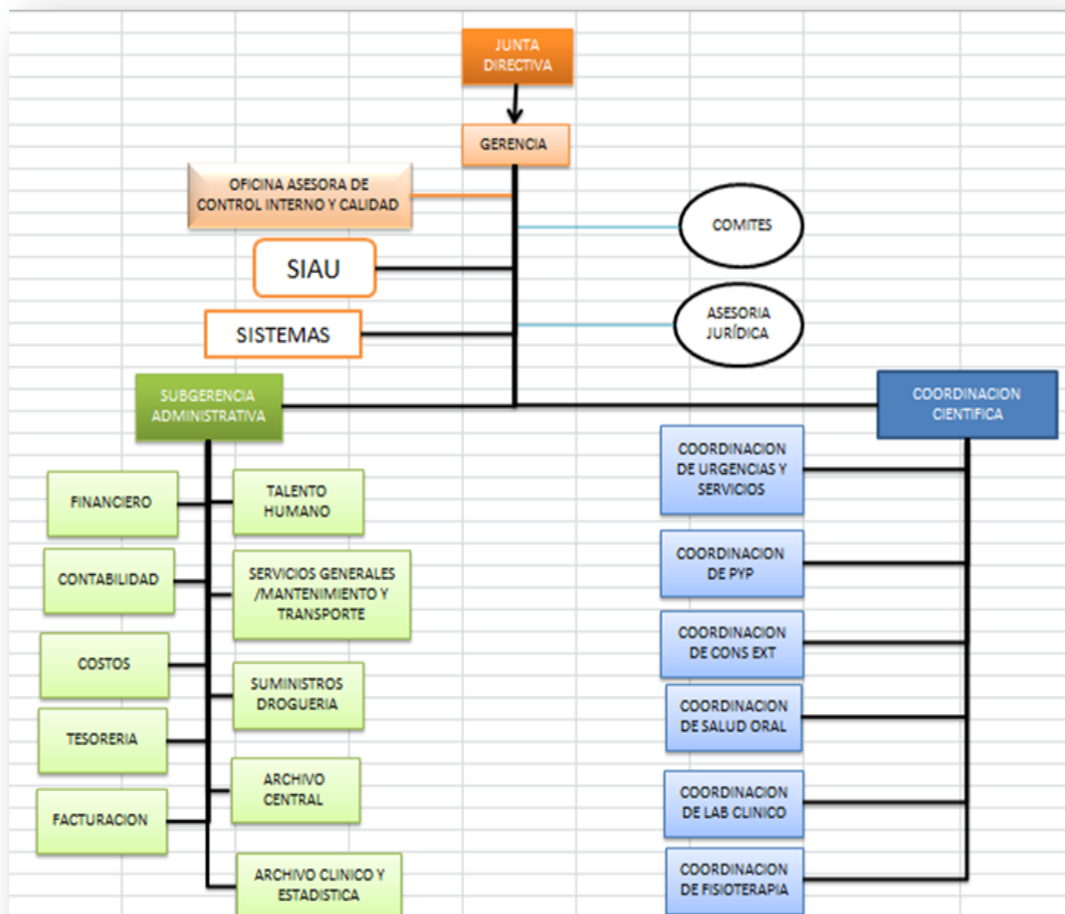
Una Empresa Social del Estado económicamente rentable

Una Empresa Social del Estado responsable.

Una Empresa Social del Estado ambientalmente sostenible.

8.4 ORGANIGRAMA

Ilustración 6. Organigrama Hospital San Bernabé. Tomado de: Hospital San Bernabé: 2013



Fuente: Hospital San Bernabé

9. FORMULACIÓN DE ESTRATEGIAS

El direccionamiento estratégico permite encontrar herramientas que se nutren mediante la planeación estratégica y cuyo fin es generar la posibilidad de tomar ventaja en el mercado, que permita establecer la orientación de los productos y la adaptación de la empresa frente a los cambios del entorno, de esta forma se pueden direccionar decisiones mediante un orden lógico y objetivo cuyo fin principal sea la creación de nuevas oportunidades para la empresa dentro de un mercado determinado. (Betancourt G., 2013).

En este sentido aparecen diferentes enfoques de estrategias como los que se van a exponer a continuación, cuyo fin es encuadrar al Hospital San Bernabé y su Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, con las herramientas adecuadas que permitan alcanzar cifras positivas en esta área ubicada en el sector salud.

Tabla 35. Estrategias de la empresa. (Matriz de segmentación)

MATRIZ DE SEGMENTACIÓN													
EMPRESA		PRODUCTOS ORIGINALES TRADICIONALES								PRODUCTOS NUEVOS			
"ABC" SEGMENTACIÓN		PAI	Atención Preventiva en Salud Bucal	Detección Temprana de Alteraciones del Embarazo	Detección Temprana del Cáncer del Cuello Uterino	Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres	Detección Temprana de las Alteraciones del Desarrollo Del Joven (de 10 a 29 años).	Detección Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor de 45 años	Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (menores de 10 años)	Detección Temprana de las Alteraciones de la Agudeza Visual	TB	AIEPI	VHI - SIDA
M E R C T A R D A O D S I C O I R O I N G A I L N E A S L E S	HSB	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
	Puesto de Salud de Ceilan	X	X	X	X			X	X				
	Puesto de salud de Overo	X	X	X	X			X	X				
	Puesto de Salud de Galicia	X	X	X	X			X	X				
	Puesto de Salud de Uribe	X	X	X	X			X	X				
	Puesto de Salud de Paila Arriba	X	X	X	X			X	X				
	Puesto de Salud de San Antonio	X		X	X			X	X				
	Puesto de Salud de Guayabo	X		X	X			X	X				
	Puesto de Salud de Chicoral	X			X				X				
	Puesto de Salud de Mestizal	X	X	X	X			X	X				
M E N R U C E A V D O S S	Puesto de Salud de Chorreras	X	X		X				X				
	Puesto de Salud de Alto Bonito	X							X				
	Puesto de Salud de la Morena	X							X				

9.1 MATRIZ DE ANSOFF

“La Matriz de Ansoff es una herramienta de análisis estratégico publicada en 1957 por el matemático Igor Ansoff en su artículo “Estrategias para la diversificación”. Según Ansoff, hay momentos en la vida de una empresa en la que debe crecer, bien para crear barreras de entrada desarrollando economías de escala, bien para defenderse ante una innovación de la competencia, bien para mejorar el posicionamiento de marca o por cualquier otra razón.” (Ansoff, I., 1965).

La matriz de crecimiento de Ansoff, tiene como objetivo ayudar a directivos y emprendedores a valorar distintas alternativas de crecimiento mediante cuatro opciones que son representadas en una tabla de 2×2: productos nuevos, productos existentes, mercados nuevos y mercados ya existentes. En definitiva, su uso es idóneo para directivos que necesiten decidir sobre si mejorar lo que ya tienen o crear algo nuevo valorando el riesgo y las oportunidades de cada alternativa.

Según Ansoff, las únicas cuatro posibles estrategias de crecimiento son:

- La penetración en el mercado.
- El desarrollo de mercado.
- El desarrollo de producto.
- La diversificación. (Prada, 2005).

Figura 2. Matriz de Ansoff.

		MATRIZ ANSOFF	
		<i>Productos, Servicios o tecnología</i>	
<i>Cientes</i>	Actuales	Actuales	Nuevos
	Actuales	Penetración 1. Plan ampliado de inmunización. 2. Atención preventiva en salud bucal. 3. Detección temprana de enfermedades del embarazo. 4. Detección temprana del cáncer del cuello uterino. 5. Atención en la planificación de Hombres y mujeres. 6. Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.	Desarrollo de producto 1. Detección Temprana de las Alteraciones del desarrollo Del Joven (de 10 a 29 años). 2. Detección Temprana de las Alteraciones de la Agudeza Visual. 3. Detección Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor de 45 años.
Nuevos	Nuevos	Desarrollo de Mercados 1. Puesto de salud de chorreras. 2. Puesto de salud de alto bonito. 3. Puesto de salud de la morena. 4. Puesto de salud de Mestizal	Diversificación 1. Alianzas estratégicas con Universidades que tengan programas académicos que mejoren la calidad y prestación de los servicios de salud (enfermería-medicina UCEVA) 2. Adquisición de equipos de alta tecnología que permitan realizar mejores diagnósticos de los productos existentes y a la vez que permitan ampliar el portafolio de ventas de servicio del hospital

Fuente: Análisis estratégico publicada en 1957 por el matemático Igor Ansoff

9.1.1 CUADRANTE: PENETRACIÓN DEL MERCADO

En este cuadrante se establecen los productos actuales en el mercado actual y que se persigue un mayor consumo de los mismo mediante estrategias como el aumento del consumo o ventas, captación de clientes de la competencia, captación de no consumidores actuales y atracción de nuevos clientes aumentando la publicidad y promoción.

Dentro de este segmento se encuentran los siguientes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desarrollados en el Hospital San Bernabé cuyo fin es la participación e integración social en las áreas de bienestar y programas de salud, estos se acompañan de visitas domiciliarias y educación en salud. Es de resaltar que el objetivo principal de estos programas es la ampliación de la cobertura hasta llegar a un proyectado del 100% de la población total del municipio.

En la actualidad los servicios que se encuentran dentro del mercado son:

Plan ampliado de inmunización. El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas.

Atención preventiva en salud bucal. Se constituye en un conjunto de actividades con efecto comprobado científicamente sobre el individuo, encaminadas a mantener la salud bucal y disminuir la presencia de las principales patologías orales en la población, está compuesta por: control y remoción de placa bacteriana, aplicación de flúor, aplicación de sellantes, detartraje supragingival (control mecánico de placa). (Salud Colombia, 2014).

Detección temprana de enfermedades del embarazo. Consiste en identificar e intervenir tempranamente por el equipo de salud, la mujer y su familia los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, con el fin de lograr una gestación adecuada que permita que 128 Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su hijo. La gestante es definida como el binomio de la mujer embarazada y su fruto de la concepción. (Nacer.edue, 2014).

Detección temprana del cáncer del cuello uterino. Este eje se basa en la vigilancia, investigación y análisis de la situación de salud respecto al cáncer en el municipio, siguiendo los lineamientos establecidos en el Modelos para el control del cáncer y de sus alternativas de solución con el fin de controlar los factores de riesgo, reducir la mortalidad por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Atención en la planificación de Hombres y mujeres. Son el Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería y anticoncepción, incluyendo la entrega de suministros, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos. (Nacer.edue, 2014).

Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo. Se busca disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad por causas evitables mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas que afectan a los niños y niñas menores de diez años. Ofrecer educación individual y orientación a los padres y madres sobre los cuidados y la trascendencia de la salud integral para potenciar sus posibilidades. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

9.1.2 CUADRANTE 2: DESARROLLO DE NUEVOS PRODUCTOS

En este cuadrante se persigue la venta de nuevos productos en los mercados actuales, normalmente explotando la situación comercial y la estructura de la compañía para obtener una mayor rentabilidad de su esfuerzo comercial.

Las estrategias principales son:

Desarrollo de nuevos valores del producto.
Desarrollo de diferencias de calidad (nuevas gamas).
Desarrollo de nuevos modelos o tamaños

En este cuadrante se encuentran nuevos programas a desarrollar por parte de la Institución , con el fin de abarcar todos los sectores poblacionales, y ofrecer la prestación de estos servicios de tal forma que permitan establecer nuevos convenios con las EPS existentes en el municipio.

Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10 a 29 años)
Son el Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a la población entre 10 a 29 años, tendientes a garantizar la detección e intervención temprana de los factores de riesgo o de los problemas de salud prioritarios, así como para brindar información y orientación sobre la protección de la salud. (Ministerio de Salud, 2014).

Detección Temprana de las Alteraciones de la Agudeza Visual. Este programa se basa en la detección temprana de las alteraciones de agudeza visual, da cuenta del conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones orientadas a detectar precozmente la existencia de alteraciones de la agudeza visual posibles intervenciones a través de la toma de agudeza visual a personas de 4, 11, 16, 55, 65 y más años y del examen oftalmológico en personas mayores de 55 años. (Ministro de la Protección Social, 2014).

Es de anotar que este servicio no es prestado en el municipio por ninguna Institución Prestadora de Salud, ni tampoco por las Empresas Prestadoras de Salud existentes en el municipio, por lo cual se convierte en un servicio completamente nuevo con toda la posibilidad de captar un porcentaje alto de la población que lo requiere.

Detección Tempranas Alteraciones del Adulto Mayor de 45 años. La atención del adulto mayor de 45 años se encuentra definida como el conjunto de actividades, procedimientos e intervención, mediante los cuales se logra la detección temprana y el diagnóstico oportuno de una o alguna de las patologías crónicas propias de este grupo poblacional, con el fin de ofrecer alternativas para el control de los factores de riesgo, el tratamiento o la rehabilitación.

Esta atención diferenciada para este grupo poblacional no se encuentra enmarcada dentro de las IPS ni tampoco dentro de las demás instituciones o eps del municipio, por lo cual se muestra como un programa que tiene todo el potencial como nuevo producto, de calidad y que promueva la salud e estos rangos de edad.

9.1.3 CUADRANTE 3: DESARROLLO DE NUEVOS MERCADOS.

En este cuadrante se pretende llegar con la prestación de los servicios existentes hacia nuevos mercados, en este caso hacia lugares los cuales carecen de la prestación de algún tipo de servicio, o que la prestación de los mismos son de manera precaria. Las estrategias a trabajar en este cuadrante son:

Apertura de mercados geográficos adicionales.

Atracción de otros sectores del mercado.

Política de distribución y posicionamiento

Investigación del segmento y cambiarlo

Con la apertura de puestos o centro de salud en las zonas del municipio que albergan una concentración importante de población se pretende dar una ampliación en la cobertura de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad más adecuada, es de resaltar que existen centros poblados que por sus características reúnen un número importante de veredas aledañas que por su lejanía dificultan la prestación de los servicios de manera adecuada según los mecanismos existentes, es por ello que con la apertura y correcto funcionamiento de los mismo se lograrían los resultados esperados frente a cobertura y calidad en esta materia. Los puestos de salud son:

Puesto de salud de chorreras. Reúne las veredas de Jiguales, la colonia.

Puesto de salud de alto bonito. Reúne las veredas de San Isidro.

Puesto de salud de la morena. Reúne las veredas del Rocio, la Aurora y la Trinidad.

Puesto de salud de Mestizal reúne los corregimientos de San Antonio y el Guayabo, también la vereda de Chontaduro.

9.1.4 CUADRANTE 4: DIVERSIFICACIÓN

En este cuadrante el Hospital concentra sus esfuerzos en el desarrollo de nuevos productos y en nuevos mercados. La diversificación puede ser relacionada si implica recursos y capacidades actuales de la organización o no relacionada si implica nuevas capacidades o recursos totalmente diferentes a los actuales.

En este sentido como diversificación la entidad se interesa por el establecimiento de alianzas estratégicas cuyo fin le representen una mejor atención, calidad y cobertura en lo relacionado a los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedad en el municipio, en sentido la generación de alianzas con Universidades que tengan programas académicos de la rama de salud fortalecen la calidad de los servicios y la ampliación del mismo hacia lugares donde no había presencia (caso Alianza estratégica Universidad UCEVA programa de pasantes en la carrera de enfermería y medicina).

Este tipo de alianzas permiten un mejoramiento en la prestación de los servicios, así como el desarrollo de nuevas actividades por parte de la Institución al contar con personal más idóneo para el desarrollo de las mismas, así mismo abre la puerta hacia la investigación y la creación de nuevas alternativas para la prestación de estos servicios en el municipio.

Por otra parte la adquisición de nuevos equipos con tecnología de punta permiten la realización de diagnósticos, seguimientos y controles más precisos en los diferentes programas de P Y P, que impactan de manera positiva en la comunidad, logrando con ello un aumento de la demanda para estos servicios, lo que a su vez permite que la entidad se vuelva más atractiva frente a la contratación de este tipo los programas con las demás EPS y a su vez ampliar el portafolio de servicios de ventas de la entidad.

9.2 MATRIZ BCG

La matriz de Boston Consulting Group (BCG) consiste en un método de análisis estratégico de la planeación estratégica cuyo fin es ayudar a decidir los enfoques para los distintas unidades de negocios de las empresas, es decir dónde invertir, donde no y si es del caso abandonarlo.

La matriz consta de cuatro cuadrantes, cada uno de ellos sugiere una estrategia diferente para cada unidad de negocio, donde el eje vertical de la matriz define el crecimiento en el mercado y el horizontal la cuota del mercado. Los cuadrantes son:

ESTRELLA. Gran crecimiento y Gran participación de mercado. Se recomienda potenciar al máximo dicha área de negocio hasta que el mercado se vuelva maduro, y la UEA se convierta en *Vaca*.

INTERROGANTE. Gran crecimiento y Poca participación de mercado. Hay que reevaluar la estrategia en dicha área, que eventualmente se puede convertir en una *Estrella* o en un *Perro*.

VACA. Bajo crecimiento y alta participación de mercado. Se trata de un área de negocio que servirá para generar efectivo necesario para crear nuevas *Estrellas*.

PERRO. No hay crecimiento y la participación de mercado es baja. Áreas de negocio con baja rentabilidad o incluso negativa. Se recomienda deshacerse de ella cuando sea posible. Generalmente son negocios o productos que se encuentran en su última etapa de vida. Raras veces conviene mantenerlos en el portafolio de la empresa, también se dice que hace parte del marketing.

En este orden de ideas nos permitimos presentar a continuación la Matriz BCG aplicada para el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad del Hospital San Bernabé de Bugalagrande y que en consecuencia permite evidenciar los programas que tienen mejores usos tanto para la entidad como para la población así como aquellos que carecen de buena acogida y no representan rentabilidad para el mismo.

Figura 3. Matriz BCG.

	Alto	Bajo
Alto	Estrella • Detección temprana de enfermedades del embarazo. • Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.	Interrogante • Detección Temprana de las Alteraciones del desarrollo Del Joven (de 10 a 29 años). • Salud mental. • Atención en la planificación de Hombres y mujeres.
Bajo	Vaca Lechera • Plan ampliado de inmunización. • Atención preventiva en salud bucal. • Detección temprana del cáncer del cuello uterino. • Detección Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor de 45 años.	Perro • Detección Temprana de las Alteraciones de la Agudeza Visual.

Fuente: Análisis estratégico

ESTRELLA. Como ejes estrellas del programa de P y P que actualmente se desarrolla por la entidad prestadora de salud se encuentra las siguientes acciones: *Detección temprana de enfermedades del embarazo, detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.*

Estos controles vienen generando un crecimiento y gran participación en las acciones correspondientes al programa, es de resaltar que estos permiten el desarrollo adecuado del embarazo en mujeres gestantes y así como la vigilancia y control de los recién nacidos.

Los programas del Gobierno Nacional tales como “*de cero a siempre*” cuyo fin es aunar esfuerzos de los sectores públicos, privados, organizaciones de la sociedad civil y la cooperación internacional en favor de la primera infancia en Colombia, ayudan a transformar de manera sectorizada los servicios de atención para la primera infancia reuniendo políticas, programas, proyectos, acciones y servicios que hagan efectivo el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas entre cero y 5 años de edad.

En este orden, las Instituciones Públicas para este caso el Hospital San Bernabé desarrolla de manera efectiva este tipo de controles, logrando aumentar la producción de estos servicios que contribuyen al cumplimiento de las metas establecidas para una Institución del Nivel 1, es de resaltar que la prevención de enfermedades en niños y niñas permiten generar un impacto familiar sobre cuidados saludables, es decir el desarrollo de estas acciones representan un aumento en los cuidados preventivos y una disminución en la atención de posibles enfermedades que generen un costo en el tratamiento.

VACA LECHERA: Dentro de la acción de P Y P que se encuentran establecidas como vacas lecheras por su alta participación en el mercado y bajo crecimiento encontramos:

Plan ampliado de inmunización.

Atención preventiva en salud bucal.

Detección temprana del cáncer del cuello uterino.

Detección Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor de 45 años.

Para las anteriores acciones se evidencia que año tras año se incrementa el número de actividades destinadas amentar la producción de las mismas, mediante el desarrollo de labores como la demanda inducida en todo el municipio con el fin de alcanzar los máximos niveles de productividad.

El Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) por ser un programa de estricto cumplimiento a nivel nacional genera una gran demanda que económicamente es asumida por las EPS, razón por la cual genera un sostenimiento para la entidad como tal, así mismo el Hospital San Bernabé desarrolla programas de barridos rápidos que consiste en la realización de jornadas casa a casa con el fin de verificar que los niños y niñas cumplan con los parámetros de vacunación requerida de acuerdo a su edad, de esta manera la entidad busca garantizar la

vida, el bienestar y la salud de los niños y niñas que habitan al interior del municipio.

Las actividades de salud oral aunque registraron una baja producción en años anteriores que dejaban como resultado la prestación de un servicio intermitente por un alta demanda y poco personal para suplirla provocó que las directivas de la Institución generen nuevas alternativas para suplir la demanda de este servicio, en consecuencia hoy el mayor centro poblado del municipio Ceilán, que alberga alrededor de 10 veredas cuenta con la prestación de este servicio de manera continua de lunes a viernes.

En el casco urbano la prestación del servicio cuenta con un profesional de planta encargado de atender los casos presentados en consulta, así como de promover hábitos saludables en lo que respecta a salud oral, es de anotar que también hay una profesional de apoyo encargada de promover y atender los casos que se presenten en los demás corregimiento y veredas que no pueden ser tratados en la cabecera Municipal o en el corregimiento de Ceilán.

En lo que respecta a la detección temprana de cáncer de cuello uterino, el Programa de PYP viene desarrollando un control y toma de muestras citológicas cervicouterinas que año tras año incrementa la cantidad de población impactada, este seguimiento ha generado un aumento en las beneficiarias de este tipo de controles generando un aumento en la demanda de la prestación del servicio así como la concientización del cuidado de este tipo de enfermedades en la mujer. La Institución se ha mostrado efectiva en la trazabilidad del servicio, no solo en la toma de muestras sino en el seguimiento de los casos.

Las promotoras de Salud capacitadas para realizar estas pruebas y que se encuentran en las diferentes veredas del municipio han logrado ampliar la demanda sobre la prestación de este servicio así como la conciencia sobre los cuidados.

En cuanto a la Detección Temprana de Alteraciones del Adulto Mayor de 45 años el Hospital San Bernabé ha creado un grupo especializado encargado de realizar tamizajes en la población que se encuentra en este rango de edades cuyo fin es detectar oportunamente algún tipo de alteraciones de la salud, esto ha permitido la creación de otros grupos según las patologías detectadas que permitan generar acciones de seguimiento diagnóstico y evaluación para las enfermedades más prevalentes en la población.

Los anteriores productos desarrollados por el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del Hospital San Bernabé por su amplia demanda y por el desarrollo continuo de acciones tendientes a impactar el mayor porcentaje de población, se han convertido en los productos vacas lecheras, puesto que garantizan la percepción de recursos por la prestación de estos servicios y a su vez promueven la sostenibilidad financiera para el total

de los servicios prestados en el programa, garantizando el personal idóneo y las herramientas necesarias para su óptimo funcionamiento.

INTERROGANTES: Dentro de los productos que cuenta el Programa de P y P que tienen un gran crecimiento y poca participación en el mercado se encuentran:

Detección Temprana de las Alteraciones del desarrollo Del Joven (de 10 a 29 años).

Salud mental.

Atención en la planificación de Hombres y mujeres

.
Para el caso de los tres programas anteriores se puede evidenciar una alta demanda por parte de la población frente a este tipo de servicios, sin embargo en la actualidad el programa no cuenta con los protocolos necesarios ni los profesionales idóneos, ni tampoco las rutas de atención para generar la oferta de la creciente demanda presentada en el municipio.

Con respecto a la atención en la planificación de Hombres y Mujeres, por su reciente inclusión como medicamento dentro del POS si se viene generando entregas de los diferentes métodos anticonceptivos sin embargo no existe un seguimiento adecuado ni la capacitación para los jóvenes con respecto al tema.

PERRO. Como producto que no tiene crecimiento y por ende su participación es baja en el mercado se encuentra la Detección Temprana de las Alteraciones de la Agudeza Visual, puesto que no existe ningún tipo de desarrollo por parte del Hospital San Bernabé y por ende pese a formar parte de los programas de promoción de la Salud y prevención de la Enfermedad del país, en la actualidad no se cuenta con ningún clase de servicio relacionado con esta acción de P y P.

Es de anotar que por tratarse de Programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad no debería existir ninguna clase de prestación de servicio como perro puesto que todos los programas están estipulados por norma, forman parte de acuerdos internacionales de salud y son de gran necesidad para la población en general.

9.3 ESTRATEGIA COMPETITIVA

Según (Betancourt G., 2013), la estrategia es la creación de una posición única y valiosa que implica un conjunto de actividades diferentes para llegar a una posición ideal lo cual implica la realización de cambios y elegir lo que no se hace.

El Hospital San Bernabé en general ha direccionado su estrategia competitiva en los siguientes ejes:

Oportunidad del servicio, Sistema de Calidad, contratación con Empresas Promotoras de Salud para garantizar la cobertura en prestación de servicios. Sin embargo el liderazgo en costos ha sido la estrategia fundamental por el Hospital San Bernabé, dado que ha permitido mantenerse como la IPS de mayor envergadura en municipio siendo la única que ofrece de manera completa los servicios de Nivel 1.

Como factores de diferenciación el Hospital cuenta con áreas sistematizadas con tecnología de punta, que dan garantías al usuario para la prestación del servicio, así mismo la innovación juega un papel fundamental en la implementación de procesos, procedimientos en el sistema de gestión de calidad.

El Hospital San Bernabé viene implementando programas, capacitaciones y formación al recurso humano que permita mejorar el clima laboral y la atención al cliente, como estrategia que permita prestar un mejor servicio pensando en la mejora constante y en la satisfacción del cliente.

En este sentido una de las estrategias utilizadas en materia de costos ha sido la de desarrollar una política de austeridad y eficiencia del gasto público, gestión de recursos mediante proyectos de inversión, el saneamiento de aportes patronales de acuerdo a la Resolución 154 de 2013, aumento de un 10.1% en el recaudo durante la última vigencia con la EPS del régimen subsidiado.

Lo anterior ha generado oportunidades como: disponibilidad de recursos en la Cuenta Maestra Del Régimen Subsidiado del Municipio, manejo de mesas de trabajo y conciliación de cartera con las diferentes EPS.

Entre tanto se presentan el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad como una herramienta que permite la reducción de costos mediante la educación, la concientización de adherir hábitos que conduzcan a un ambiente sano, vista ésta no solo centrada en un estado de ausencia de enfermedad, si no que gira en torno a un estilo de vida y a una forma constante que busca el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas. Con esta estrategia se pretende buscar una reducción significativa en lo que respecta a la atención por casos que impliquen un alto costo para la entidad.

Así mismo se plantea como una alternativa conocer el estado de salud de la población y todos los grupos etarios, que permita la implementación de planes y programas en salud direccionados a minimizar las dificultades que se presentan en la población, con esta estrategia se logra a través de tamizajes que miden calidad de vida, alimentación, prácticas deportivas, consumo de tabaquismo y alcoholismo, depresiones entre otras, permitir establecer una línea base y un diagnóstico real de la población.

Otra manera de reducir los costos es el manejo de manera rentable de la cadena de valor, es decir en las formas de desempeñar estas labores a un

menor costo que los rivales, de esta manera el Hospital tiene como fortaleza los siguientes procesos permitiendo tener un desarrollo en:

Infraestructura Institucional suficiente para atender la población del Municipio y responder de manera oportuna ante un aumento de la demanda.

Talento Humano Calificado.

Portafolio de servicios acordes a las necesidades de la población.

Buenas relaciones con los usuarios.

Modernización de las áreas y dotación de equipos biomédicos.

Brindar el servicio de urgencias 24 horas al día, 7 días a la semana.

Las metas de vacunación están acordes con la pirámide poblacional de municipio.

Se garantiza cadena de frío para medicamentos en los servicios de urgencias.

Dotación adecuada de Transporte Básico Ambulatorio.

Dominar la tecnología en los procesos y procedimientos y emprender acciones que aumenten la venta de los servicios de salud frente a las EPS'S también se convierte en una herramienta útil para disminuir costos y aumentar los ingresos por la prestación de servicios.

Es de vital importancia mejorar la eficiencia en las cadenas de abastecimiento de la Institución , mejorando la relación con los proveedores, o buscar nuevos que permitan conseguir más unidades a un menor costo pero sin disminuir la calidad de los insumos requeridos para la operación.

9.4 ESCENARIOS DE FUTURO

Utilizando la técnica de análisis de escenarios como una herramienta que nos permita imaginar las implicaciones de acontecimiento inciertos y analizar las posibilidades de acción destacaremos los aspectos positivos que nos ha arrojado la entrevista a expertos, el Ábaco de Regnier, y las demás herramientas utilizadas en el estudio realizado al Hospital San Bernabé en lo concerniente a la formulación del Plan Estratégico del Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad. (Godet, , 1993).

Tomando la matriz de análisis de escenarios y teniendo en cuenta las variables influyentes con una tendencia positiva se destacan las siguientes variables que permitirán enmarcar un comportamiento a futuro del Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad del Hospital San Bernabé.

Actividades que desarrolla el Programa de Promoción y Prevención al interior de la E.S.E y extramurales.

Recurso Destinado a las Acciones de P y P.

Plan de Salud Territorial.

Servicios de Salud que Interactúan con el Área de P y P.

EPS que contratan con el Hospital San Bernabé.

Tecnología y Equipamiento dispuesto a la prestación del servicio de P y P}

9.4.1 Escenario positivo. Teniendo en cuenta que el Hospital San Bernabé es la única E.S.E Nivel 1 del Municipio, en la actualidad 2025, se partió de catapultar las potencialidades existentes al interior del mismo llevando a cabo actividades de promoción y prevención que se conviertan en acciones que permitan llegar a toda la población tanto de la zona urbana como rural del Municipio, creando prácticas que lleven a un trabajo extramural que a través de un personal altamente capacitado que genere estrategias de educación, concientización y que permita a través de la generación de redes, acciones que impacten en el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del municipio previniendo la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles que son la primer causa de mortalidad del mismo.

Dado lo anterior y como una prioridad en Salud Pública en el 2025 se puede evidenciar que los recursos se han destinado a acciones direccionadas no a la cura de la enfermedad, si no a minimizar el impacto de la aparición de las mismas, es decir, se desarrolló fuertemente un enfoque de prevención que ha permitido una población sana, con una cobertura de la población del municipio, tanto en el casco urbano como en sus veredas y corregimientos, con puestos de salud en cada uno de ellos que permite una atención continua a través de la educación en hábitos saludables.

De esta manera a través de los Plan de Salud Territorial se constituyeron una serie de actividades del eje de salud pública que se implementaron adicionalmente a la educación actividades dirigidas a la realización de actividad física, hábitos alimenticios saludables y conceptos de salud y enfermedad, esto con el fin de tener una población activa y capacitada en términos de salud.

Así mismo a través de la tecnología se lograron controles, seguimientos y caracterizaciones de toda la población con el fin de identificar cuáles son las enfermedades más prevalentes, a su vez, esta herramienta ha permitido a través de programas mantener a la población en un constante aprendizaje sobre todo en los lugares de difícil acceso; junto con la infraestructura que se convirtió en una variable de vital importancia, no solo para la prestación de los servicios, si no para permitir la presencia y continuidad de los programas

implementados referentes a Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

La tecnología y el servicio informático ha permitido que hoy 2025 se desarrolle un trabajo mancomunado con todos los actores involucrados en el sector salud, facilitando así las actividades programadas y permitiendo deliberar las responsabilidades de cada Institución con el fin de realizar un trabajo complementario pero guiado a los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y no realizar esfuerzos dispersos que lleven a un trabajo repetitivo que no permita evidenciar los resultados esperados.

De esta manera teniendo en cuenta las variables influyentes con una tendencia positiva y triangulando la información con las entrevistas a los expertos y la información arrojada por las demás herramientas se puede concluir que en una prospectiva a 10 años se tomó como fortalezas el recurso humano, los recursos financieros, las estrategias y programas con los que se ejecutan las acciones, la proyección sería de un programa altamente efectivo que permitió llegar a toda una comunidad con personal calificado, debido a que la evolución y el desarrollo de métodos y estrategias creó métodos de enseñanza y de acceso a todos los puntos de la población, así mismo la tecnología jugó un papel importante tanto en la formación de las dos partes (comunidad-facilitadores).

Dado lo anterior en un escenario positivo con un trabajo mancomunado y pensando en priorizar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad antes que atender eventos o patologías ya diagnosticadas, es de vital importancia pensar en el desarrollo de la normatividad existente en el sector salud debido, a los cambios constantes que se presentan en nuestro país, pudiendo ser esto una situación que genere inconvenientes en el modo de planear, realizar o ejecutar las actividades y estrategias referentes a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Finalmente en el 2025 el Hospital San Bernabé lleva una estrategia aterrizada para el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, logrando con ello una disminución en la morbilidad en el Municipio y a su vez una disminución en el costo per cápita a consecuencia de un ambiente sano.

Para concluir, Bugalagrande sigue creciendo en un entorno de Municipio Saludable, en donde la Salud es una herramienta efectiva que garantiza la calidad de vida de las personas.

9.4.2 Escenario pesimista. Teniendo en cuenta la evolución del Hospital San Bernabé durante los últimos diez años y algunas variables estructurales que no han permitido el desarrollo adecuado de la planeación estratégica en lo que corresponde al Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, en siguientes variables que no hubo un seguimiento, control y

desarrollo eficiente que permita hoy en el 2025 un cambio en la estructura del servicio de salud en el municipio.

Clima Laboral

Recurso Humano Destinado Para las Acciones de P y P

Perfil Epidemiológico del Municipio de Bugalagrande

Legislación Existente Frente a P y P

Contratación con las EPS'S

De esta manera y hace un tiempo atrás el clima laboral del Hospital San Bernabé ha permanecido en una constante fricción entre sus colaboradores razón que ha dificultado el desarrollo de estrategias efectivas en lo que refiere al Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, se evidencia que tanto las estrategias implementadas como el personal no tiene una continuidad ni estabilidad para el desarrollo del mismo, teniendo esto como consecuencia una falencia a nivel de los resultados obtenidos desde el área; a su vez se evidencia una falta de interés por parte de los colaboradores, dificultando con ello contar con un equipo capacitado y con las condiciones idóneas para atender la demanda frente al tema.

Así mismo siendo el Hospital de un nivel de complejidad baja donde su accionar está enfocado a las acciones de P y P, la alta gerencia no ha desarrollado estrategias efectivas que permitan dar solución a la problemática presentada, mostrando con ello unos resultados iguales o más deficientes que hace 10 años.

Es preciso mencionar que desde el área de P y P no se logró y hasta la fecha no se ha logrado un trabajo extramural que permita llegar a las veredas y corregimientos del municipio, no hay unas acciones, metas y objetivos claros y proyectados que permita el cumplimiento de planes de acción y más importante aún no hay estrategias que permitan promocionar la salud.

Se evidencia que los servicios de urgencias son los más saturados y las enfermedades crónicas no transmisibles son la primera causa de mortalidad del Municipio; lo anterior evidencia que el Hospital no tiene un Plan Estratégico, ni un perfil epidemiológico con un estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo, que permita conocer los grupos etarios del municipio como las enfermedades más prevalentes que se presentan en dicha población. Estas falencias que se evidencian en el programa de P y P también están ligadas a las contrataciones que se ejecutan con las EP'S ya que no se priorizan en aspectos ni actividades referentes a esta área; a su vez no se evidencia un trabajo mancomunado entre los actores de salud del municipio, que permitan un trabajo organizado y bajo unos mismos parámetros que lleve al cumplimiento de las actividades y objetivos enmarcados en P y P.

Finalmente se evidencia que la legislación en salud es un factor que afecta los programas y acciones referentes a las promoción de la salud y prevención de la

enfermedad, dado que existe un cambio constante en ésta que lleva a la reestructuración de las acciones que se puedan implementar desde el Hospital referente al área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

De esta manera en el municipio no se evidencian programas encaminados a promocionar la salud y prevenir la enfermedad, por el contrario el hospital realiza acciones de acuerdo a la demanda que se vaya presentando día a día.

9.4.3 Escenario tendencial. “La salud por las mismas”. El Hospital San Bernabé 2025 sigue trabajando bajo las variables y tendencias que se desarrollaban hace 10 años, en donde predomina las dificultades con la red del Nivel 1 al interior del municipio, debido a la falta de interacción entre las instituciones prestadoras de servicios y los puestos de salud existentes en las veredas y corregimientos, a su vez no se han podido generar planes estratégicos que logren articular la prestación del servicio Municipal con los Servicios Especializados de niveles superiores. Cabe resaltar que en el momento el Hospital sigue presentando dificultades en el cumplimiento del Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero, y aunque se han extendido los plazos para que la entidad logre los compromisos pactados y evitar un cierre definitivo de la Institución, se siguen presentado grandes dificultades en lo que respecta al uso racional de los recursos e implementos que se utilizan en el cumplimiento de la misión.

Así mismo con la recuperación de la cartera no se han desarrollado planes efectivos de recaudo que ayuden al equilibrio financiero de la entidad. En la actualidad el Hospital no ha logrado disminuir la planta de cargos en lo que respecta al personal administrativo por lo cual el personal misional sigue siendo insuficiente para la atención de toda la demanda del municipio.

La relación de Proveedores se ha venido fortaleciendo durante los últimos diez años, la entidad se ha preocupado por mejorar los estándares de calidad en lo que respecta a los insumos y servicios por ellos proveen a la entidad, en este sentido aunque esta variable no obedece a un Plan Estratégico, la entidad si ha desarrollado sistemas de calidad adecuados y calificados para mejorar su relación con los proveedores y aportar de manera importante a programas como el de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.

La ubicación de la E.S.E sigue siendo una variable que no ha generado mayores cambios pues sigue conservando la ubicación espacial de hace 10 años, y su presencia en los demás corregimientos y veredas sigue siendo de manera intermitente y en algunos casos aún se sigue observando que no hay presencia.

Cabe anotar que la normatividad desarrollada hasta la fecha no ha proporcionado los cambios en materia de salud esperados, las entidades del Nivel 1 siguen presentado dificultades financieras que impiden el desarrollo de programas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad que

logren repercusiones en la disminución de las enfermedades de mayor preexistencia en el Municipio.

9.4.4 Escenario apuesta. “Entre salud y dinero, salud primero”. Entendiendo la salud como lo manifiesta la Organización Mundial de la Salud: “*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (Official Records of The World Health Organization, N° 2, p. 100), plantearemos la siguiente situación en el escenario apuesta.

La noción de salud universal no está ligado a un concepto de patología, sino por el contrario se tiene en cuenta todos los planos en los que se desenvuelve el hombre como lo social, psicológico, familiar, emocional, ambiental, entre otros, así entenderíamos la salud como una condición que hace parte de un sistema y no como eventos aislados que ocurren bajo un suceso o una situación particular.

Por lo tanto la atención en salud debe basarse en la Promoción como una herramienta que permita desde la educación, la concientización de adherir hábitos que conduzcan a un ambiente sano, vista ésta no solo centrada en un estado de ausencia de enfermedad, si no que gira en torno a un estilo de vida y a una forma constante que busca el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Así mismo se plantea como una alternativa conocer el estado de salud de la población y todos los grupos etarios, que permita la implementación de planes y programas en salud direccionados a minimizar las dificultades que se presenten en la población, con esta estrategia se logra a través de tamizajes que midan calidad de vida, alimentación, prácticas deportivas, consumo de tabaquismo y alcoholismo, depresiones entre otras, permitir establecer una línea base y un diagnóstico real de la población.

De la misma manera en este 2025, se ha establecido una atención salud ambulatoria (atención en casa) que permita en primera medida descongestionar hospitales y centros de salud. A través de los avances tecnológicos se viabiliza realizar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes sin necesidad de hospitalizarlos. Por lo tanto el equipo en salud debe desplazarse para realizar la atención en casa. No obstante, se debe realizar algún tipo de intervención o procedimiento menor, propone que existan centros de salud por regiones de acuerdo al número de habitantes, con personal capacitado e idóneo para la atención.

Se ha logrado permear en la sociedad del 2025, la salud como una totalidad, buscando un trabajo intersectorial donde se brinde una vivienda adecuada, educación, alimentación, transporte, trabajo, recreación, vestido y un sistema de servicios de salud que se ofrece con plena accesibilidad y que al tiempo permite tener un sistema armónico que ha llevado a la construcción de estilos de vida que se centran en entender todo un ambiente saludable.

Dado lo anterior se ha planteado que todas las instituciones ligadas a los servicios de salud tengan un trabajo coordinado buscando una humanización en el trabajo y una gratuidad en los servicios, garantizando así una cobertura total de la población impidiendo con esto barreras de acceso en la prestación de los servicios de salud.

El personal de atención en salud está jugando un papel muy importante en el sistema, permitiendo una selección rigurosa del personal misional, debidamente capacitado y con la especialización requerida para cada caso o rol que deba desempeñar.

No obstante el sistema de salud 10 años atrás generaba dificultades con la asignación de citas médicas, hoy en el 2025 y aprovechando el avance tecnológico, las citas médicas que no puedan ser atendidas en casa será asignadas a través de operadores que visitan las casas con el equipo médico, dependiendo de la complejidad de la cita será asignada en no menos de 3 días. Para evitar congestiones y esperas en las salas de los hospitales, el paciente recibe un mensaje en su teléfono informándole el número de turno, cada vez que un paciente ingresa al servicio, es decir, este podrá saber en tiempo real que número de paciente está en consulta.

Con este sistema se ha logrado la participación activa de los pacientes, no solo en la información de sus prestadores de salud, si no en todas las actividades extramurales de promoción y prevención, como actividades físicas en parques y zonas recreativas de sus barrios y charlas y capacitaciones que se realizan una vez por semana en todos los sectores del municipio con el personal encargado de cada área del mismo.

Finalmente apostándole a prevenir la enfermedad con estrategias de P y P, se ha buscado tener instituciones prestadoras de salud sostenibles fiscal y financieramente, permitiendo direccionar los recursos no a la cura de enfermedades, si no a evitar la aparición de las mismas, generando esto por consecuencia una inversión de recursos de manera más precisa y generando un bien colectivo para la comunidad.

Así un sistema de salud auto-sostenible, en lo fiscal y financiero, con sistemas de atención, teniendo claro el objeto social de la E. S. E., que es la atención o prestación de servicios de salud con calidad de servicio y humanización, pensando la salud como un derecho para los usuarios y no como una forma de lucrar y mantener sistemas económicos para beneficios de unos pocos y no de un bien común.

Este sistema de salud tiene un panorama holístico que permite tener acceso, atención, igualdad, integralidad y calidad humana en sus servicios, situación que termina redundando en un ambiente de satisfacción entre los usuarios, y sobre todo una comunidad con atención integral y calidad de vida para los habitantes de la población del municipio de Bugalagrande.

10. PLAN DE ACCIÓN

A continuación se presenta el Plan de Acción desarrollado para dar cumplimiento a lo proyectado frente al Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del Hospital San Bernabé, mediante la implementación de la herramienta del Balance Scorecard que permite plasmar los objetivos a cumplir, la situación actual de la entidad las metas proyectadas y el responsable de cada acción, cabe resaltar que esta herramienta permite la planificación, y de igual forma el control efectivo y el seguimiento de lo trazado. Así mismo se desarrolló la metodología de creación de escenarios en prospectiva retomando el escenario apuesta como una opción de la Institución de proyectar el cumplimiento de las prácticas desarrolladas por el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.

10.1 MATRIZ DE PLAN DE ACCIÓN BASADO EN BALANCE SCORECARD

Tabla 36. Matriz plan de acción.

BALANCE SCORECARD PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN HOSPITAL SAN BERNABÉ BUGALAGRANDE									
PERSPECTIVAS	OBJETIVOS	INDICADORES	SITUACIÓN ACTUAL	METAS			ACTIVIDAD	RESPONSABLES	INDICADOR DE CONTROL
				2015	2016	2017			
Financiera	Reducción de costos en el Programa de P y P	Adquisición de nuevas tecnologías	No hay actualización de software utilizados por la entidad que permiten la interface entre algunos módulos (costos, historias clínicas y fisioterapia)	1	1	1	Adquisición de los software restantes para el correcto funcionamiento del aplicativo, se programa la compra de uno por año	Gerencia y Subgerencia Financiera	Modernización del softwares del programa de PyP
		Contratación de personal idóneo	El Hospital no cuenta con la actualización de un estudio técnico previo de la planta de cargos actual que permita determinar con certeza cuál es el personal necesario para cumplir con la misión Institucional de manera eficiente	0,3	0,7	1	Para el primer año se realizará la contratación de la actualización del estudio de la planta de cargos; en el segundo año se programa la puesta en marcha de dicho estudio y finalmente en el tercer año se tendrá la planta de cargos funcionando al 100%	Gerencia	Actualización de la planta de cargos y puesta en marcha
		Análisis de precios del mercado (Insumos/Proveedores)	Solicitud de cotizaciones y análisis de conveniencia tanto en precio como calidad y tiempo que el proveedor otorga para pago y despacho de mercancía	10%	10%	10%	Para la compra de insumos básicos de operación se proyecta una reducción para los siguientes tres años de un 30% del total de la compras, teniendo como meta la reducción del 10% anual	Comité de compras	Control del proceso de Compra, reduciendo el porcentaje del recurso destinado anualmente a los insumos

		Contratación con EPS	Ampliación de servicios por parte del Hospital en el Programa de PyP	0.66	0.66	0.66	Vender el 100% del portafolio de servicios a dos EPS que tengan algunos servicios contratados con la Institución	Gerencia	Venta de nuevos servicios a EPS
		Política de austeridad del gasto	El Hospital se encuentra en la implementación de un Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero cuyo fin es la reducción de costos de funcionamiento tanto a nivel asistencial, administrativo y de funcionamiento				* Capacitación en acciones que lleven a la austeridad del gasto al 100% de los colaboradores de la Institución . * Control y seguimiento de las políticas adoptadas para la austeridad del gasto.	Jefes de Área	Cumplimiento de las acciones presentadas en el Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero
Clientes	Desarrollo efectivo de las actividades del programa de PyP del Hospital	Mantener en cero la tasa de mortalidad infantil.	Desarrollo de las actividades enmarcadas en cada uno de los ejes del Plan Territorial en Salud Pública del Municipio de Bugalagrande	0	0	0	1. Fortalecer la estrategia AIEPI. 2. Capacitar el recurso humano de la ESE. 3. Seguimiento y control sistematizado.	Jefe de PyP y Control y Desarrollo	Número de Muerte Infantil al año
		Mantener en cero la tasa de mortalidad materna.		0	0	0	1. Fortalecimiento, seguimiento, control y evaluación del programa materno infantil. 2. Fortalecer estrategia IAMI.	Jefe de PyP	Número de Muertes Maternas al año
		100% de una (1) Institución educativa con programa de fortalecimiento nutricional integral al escolar.		25%	25%	50%	1. Medición del peso, talla, perímetro de cintura en todos los escolares. 2. Medición de las prácticas de alimentación de interés en nutrición y salud pública en todos los escolares. 3. Medición del nivel de actividad física con el cuestionario Internacional de actividad física IPAQ. 4. Promoción de prácticas de alimentación saludables.	Jefe de PyP	Número de Instituciones Educativas con el programa de fortalecimiento nutricional integral escolar

		15% de Niños menores de 1 año con esquema de vacunación completo y 15% de promoción de hábitos higiénicos de salud bucal como rutina de cuidado diario desde el nacimiento, primera infancia y edad escolar.		5%	5%	5%	1. Campañas de vacunación para menores de 1 año en el municipio. 2. Monitoreos rápidos de coberturas (2). 3. Ejecutar un barrido casa a casa. 4. Vigilancia de ESAVI. 5. Promoción de hábitos higiénicos de salud bucal como rutina de cuidado diario desde el nacimiento, primera infancia y edad escolar en hogares, ámbitos escolares e instituciones públicas	Jefe de PyP	Número de Niños menores de 1 año con esquema de vacunación completo
		Aumentar en un 10% la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción y prácticas sexuales seguras.		0,25%	0,25%	5%	1. Identificar la prevalencia del uso de métodos modernos de anticoncepción y prácticas sexuales seguras. 2. Programa de Capacitación sobre métodos de anticoncepción y prácticas sexuales seguras. 3. Fortalecer el programa de servicios amigables. 4. Evaluar.	Jefe de PyP	Disminución de embarazos no deseados en menores de edad, disminución de ETS en el Municipio.
		Mantener en 2 casos la mortalidad asociada al VIH/SIDA				2	1. Captación, atención e ingreso temprano y seguimiento oportuno de usuarios VIH positivo en el programa implementado por la ESE.	Jefe de PyP	Número de casos VIH/SIDA

		Identificar la prevalencia de sedentarismo, sobrepeso, obesidad abdominal y conocer la calidad de vida relacionada con la salud del 25% de la población.		5%	10%	10%	1. Medición del nivel de actividad física con el cuestionario Internacional de actividad física IPAQ. 2. Medición del peso, talla y perímetro de cintura. 3. Medición de las prácticas de alimentación de interés en nutrición y salud pública. 4. Medición de la Calidad de Vida con el cuestionario SF12.	Jefe de PyP	Disminución de casos de enfermedades crónicas no transmisibles
		Aumentar un 10% la práctica regular de actividad física en el tiempo libre y como medio de transporte en la población general.		0,25%	0,25%	5%	1. Desarrollar mensualmente una CICLOVIDA en el Municipio.	Jefe de PyP	Número de campañas realizadas con el objetivo de incentivar la práctica deportiva
		Aumentar un 10% la prevalencia de estilos de vida saludable en la población general.		0,25%	0,25%	5%	1. Identificar la prevalencia de estilos de vida saludable en la población con el cuestionario FANTASTICO. 2. Prevención contra el tabaquismo, alcoholismo y drogadicción. 3. Promoción de prácticas alimenticias saludables. 4. Identificar el consumo de sustancias PSA en el municipio.	Jefe de PyP	Número de campañas realizadas con el objetivo de incentivar los estilos de vida saludable

		Un programa de salud mental aprobado y ejecutado al 25%		5%	10%	10%	1. Diagnóstico del municipio (intentos suicidas, depresión). 2. Ruta de captación de personas con tendencias suicidas y depresivas. 3. Establecer un centro de atención. 4. Seguimiento, control y evaluación sistematizada. 5. Desarrollar un plan local de salud mental.	Jefe de PyP	Desarrollo del programa de salud mental
Procesos	Cumplimiento de las metas de los procesos implementados en el área de PyP	Protección Específica y Detección Temprana(Promoción y Prevención)	El Hospital San Bernabé actualmente viene desarrollando en los procesos de PyP un trabajo al interior de la Institución como extramural a través de las promotoras de salud.	1	1	1	Se realizan actividades de Participación e Integración Social en las Áreas de Bienestar y Programas de Salud, acompañados de Visita Domiciliarias y Educación en Salud. siguientes programas de Salud	Jefe de PyP	Incremento de la demanda inducida
		Programa Materno Infantil con sus componentes		1	1	1	* Crecimiento y Desarrollo del menor de 0 a 10 años. * Control Prenatal * Curso Psicoprofiláctico * Prevención y Control de Patología Cervicouterina * Plan Ampliado de Inmunización (PAI)		Acciones del programa realizadas en el 100%
		Programas de paciente crónico en sus componentes		1	1	1	Controles de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus con su componente Club de Salud Cardiovascular		Número de pacientes crónicos atendidos en el programa

		Programas de Prevención y Control		1	1	1	* Infección Respiratoria Aguda (IRA) * Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) * Enfermedades de Transmisión Sexual.		Acciones del programa realizadas en el 100%
Aprendizaje	Conocer e integrar los procesos del área de PyP del Hospital San Bernabé y direccionar acciones que alcance el objetivos	Fijar Objetivos		1	1	1	Socialización de los objetivos del programa de PyP a todo el personal	Gerente	Conocimiento de los objetivos del programa de PyP por parte de los colaboradores
		Direccionar el Recurso Humano		100%	100%	100%	Capacitación del personal en cada una de sus áreas		Número de colaboradores capacitados
		Gestión de Recursos		1	1	1	Elaboración de proyectos y construcción de nuevas alianzas estratégicas		Número de proyectos y alianzas realizadas

10.2 CRONOGRAMA

A continuación se muestra el cronograma de actividades según los objetivos planteados y los productos que se obtendrán a lo largo del proyecto, se estima el tiempo de entrega de cada uno de ellos.

DESARROLLO

1. Diagnosticar la situación actual del Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, mediante el desarrollo de encuestas de percepción del programa al personal que trabaja dentro de la institución, estas acciones se desarrollan dentro de los primeros meses y se tienen consolidados hacia el quinto mes.
2. Realizar una consulta con los usuarios del servicio sobre la prestación del Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, esta acción nos permite conocer la percepción de los usuarios frente a los servicios ofrecidos por la institución se realizara durante el mes 4 y 5, desde aquí se pueden identificar fortalezas y debilidades del programa.
3. Definir lineamientos estratégicos para mejorar el programa a corto, mediano y largo plazo, posterior a los diagnósticos iniciales tanto con los funcionarios de la institución como de los usuarios, se desarrollan acciones para definir los lineamientos estratégicos que permitan direccionar el programa hacia la obtención de resultados, teniendo en cuenta que estos deben ser medibles y cuantificables logrando así determinar la mejora del mismo.
4. Diseñar un sistema de seguimiento y control del Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad nos permite verificar que las acciones propuestas estén siendo desarrolladas a cabalidad, y que el cumplimiento de los objetivos trazados si están siendo tomados en cuenta por todos los funcionarios de la entidad, específicamente por aquellos que forman parte integral del programa de P y P, Estas acciones son el complemento final de todas las actividades programadas y se realizan al final de todo el periodo.

3.3.1.7.1 Tabla 37. Cronograma de actividades

No	Producto	Mes											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0	Diseño del Plan Estratégico para el Programa Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de una empresa social del estado de baja												

	complejidad.												
1	Diagnosticar la situación actual del Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.												
2	Realizar una consulta con los usuarios del servicio sobre la prestación del Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.												
3	Definir lineamientos estratégicos para mejorar el programa a corto, mediano y largo plazo.												
4	Diseñar un sistema de seguimiento y control del Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.												

Fuente: Elaboración propia

10.3 PRESUPUESTO

El trabajo a desarrollar se llevara a cabo por los estudiantes de la Maestría de Administración de la Universidad del Valle como trabajo de grado.

Los costos estimados en el presente presupuesto son los estimados en el mercado, teniendo en cuenta que el acceso a la información por tratarse de una Institución Pública es de fácil acceso y no genera costo alguno, de la misma manera el personal que labora en la Institución estará presto a suministrarla y a apoyar en lo correspondiente en el desarrollo de la investigación.

Es preciso mencionar que los costos que incluyen los profesionales de la salud que apoyarían la investigación desde la E.S.E, la papelería y demás son los mínimos requeridos para el desarrollo de la misma.

Tabla 38. Presupuesto

Presupuesto del diseño del Plan Estratégico para el programa promoción de la salud y prevención de la enfermedad de una empresa social del estado de baja complejidad.			
Concepto	Detalle	Dedicación	Subtotal
Papelería	(impresiones, fotocopias, papel, lapiceros, marcadores, carpetas, cartulinas, argollados)		\$1.000.000
Equipos y Softwares	(computadores, scanner, cámaras, celulares)		\$1.000.000
Material Bibliográfico	(libros de Texto y revistas especializadas)		\$1.000.000
Costos del proyecto			\$3.000.000
Indirectos e Imprevistos (10%)			\$300.000
Total costos			\$3.300.000

Fuente: Elaboración propia

El desarrollo de este proyecto depende en gran medida de la información suministrada por la E.S.E, entendiéndose que ésta sea fidedigna, así como también depende de la disposición del personal que interviene en la atención y en los procesos relacionados con el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.

Los avances y resultados que se vayan generando podrán ser implementados en la medida que el de la E.S.E y en especial la alta gerencia acojan las acciones que se sugieren y puedan permitir un cambio en la reducción de los costos y protocolos de atención con programas dirigidos a la población objeto de esta investigación.

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

11.1 CONCLUSIONES

El presente trabajo nos permitió evidenciar que tipo de situación presentan las acciones desarrolladas bajo el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad del Hospital San Bernabé mediante la ejecución de herramientas de análisis que dan la oportunidad de evaluar de manera objetiva el comportamiento de estas, posicionando aquellas de mejor desempeño versus aquellas que representan un atraso para el programa bien sea por la no implementación del servicio o porque su desarrollo no está acorde a lo estipulado por la normatividad.

De esta manera se logró desarrollar las diferentes matrices de análisis en donde se puede establecer de manera ordenada las acciones de mayor éxito para el programa, así mismo la formulación de un plan de acción que permite la fijación de las metas a cumplir en un período de tiempo establecido.

A su vez el trabajo permitió evidenciar cuales son las fortalezas y debilidades del Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad del Hospital San Bernabé, no obstante el ejercicio académico muestra un panorama de acciones que se pueden diseñar con el propósito de implementar estrategias que mejoren el servicio de Promoción y Prevención de la E.S.E. y que redunden en el bienestar de la comunidad Bugalagrandeña, pues al tener un mejor servicio se podrá lograr en la población hábitos saludables que reduzcan las causas de enfermedades y muertes mas relevantes dentro del municipio.

Es preciso mencionar que la práctica académica realizada nos permitió acercarnos a lo que será el desarrollo del trabajo de grado desde una experiencia práctica y teórica, creando redes de apoyo al interior de la Institución que nos permitirá aterrizar el propósito del trabajo de grado. Finalmente esperamos que este tipo de prácticas puedan ser dadas a conocer en la entidad y poder desarrollar a cabalidad el diseño de la Planeación Estratégica para el Programa de Promoción y Prevención de la E.S.E, cuyos resultados se verán reflejados positivamente en la Comunidad Bugalagrandeña en la actualidad y en generaciones venideras.

Finalmente se destaca que una aplicación adecuada del Plan Estratégico en un período de tiempo prudente le dará a la Institución la oportunidad de orientar sistemáticamente la intervención de los diferentes servicios que ofrece el programa de P y P, logrando el cumplimiento que emite el Ministerio de Salud al tiempo que permite aterrizar las estrategias a las necesidades específicas de la población donde incide el Hospital San Bernabé en lo que corresponde a la morbilidad y el aumento de percepción de recursos económicos.

11.2 RECOMENDACIONES

Se espera que el Plan Estratégico diseñado para el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, sea socializado con todo el equipo del área al cual pretende beneficiar, esto con el ánimo de llevarlo a la práctica; se entiende que de ser así, los beneficios para la Institución serán importantes, además, de redundar en el beneficio de cada uno de los usuarios del hospital, que al tiempo sería la población total del municipio de Bugalagrande, esto por ser la única Empresa Social del Estado en esta localidad.

La Secretaría de Salud Municipal debe articular el Plan de Salud Territorial en la actualidad conocido como Plan de Intervenciones Colectivas, con el Plan Estratégico diseñado para el Programa de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, dado que esta Secretaría debe establecer un convenio con el Hospital para reforzar las acciones encaminadas a prevenir enfermedades y a promover espacios y estilos de vida saludables.

El Hospital San Bernabé en conjunto con la Secretaría de Salud Municipal, deben mantener año a año la actualización del perfil epidemiológico del municipio, esto con el propósito de ajustar las estrategias del plan diseñado.

Se entiende que se aproxima tanto para el municipio como la Institución Prestadora de Salud cambios de tipo administrativo dado que se avecinan elecciones municipales por lo cual se generan cambios dentro de la gerencia de la E.S.E, en este orden, se recomienda que este estudio sea presentado a los nuevos administradores y Junta Directiva con el fin de llevar a cabo las acciones plasmadas dentro del Plan estratégico diseñado.

Acoger las recomendaciones planteadas en el Plan Estratégico le permitirá a la Institución percibir mayores ingresos económicos por parte de las E.P.S Subsidiadas y Contributivas, siendo esta una oportunidad para salir del riesgo fiscal y financiero que atraviesa en la actualidad la institución y que al tiempo la catalogan en alto riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, Gas H. (2009). *Calidad de la Atención Médica*. Bogotá.
- ALBERECHT, K. (1991). *La revolución del Servicio*. Bogotá: Legis.
- ALBERECHT, K. e. (2000). *Gerencia del Servicio*. Bogotá: Bogotá: 3R Editores.
- ALBRECHT Karl y BRADFORD, L. J. (1989). *La excelencia en el servicio*.
Bogotá: Legis.
- ALBRECHT Karl y BRADFORD, L. J. (1989). *La excelencia en el servicio*.
Fondo Editorial Legis.
- ALBRECHT, K. (1988). *La revolución del servicio*. Editorial Legis.
- Alcaldía Municipal de Bugalagrande. (2015). *Información general*.
Bugalagrande-valle.gov.co. Bugalagrande.
- Alcaldía Municipal del Bugalagrande. (2015). Recuperado el 15 de marzo de
2014, de [http://www.bugalagrande-
valle.gov.co/informacion_general.shtml](http://www.bugalagrande-valle.gov.co/informacion_general.shtml)
- Álvarez, P; Vivas. (2009). *GUÍA DE INSTRUCCIÓN PARA EL DISEÑO DE
PROGRAMAS DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS*.
Santafé de Bogotá: Miniserio de la Protección Social. Obtenido de
[http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%2014/descarga
bles%20linea14/Linea14_%20Programas%20de%20enfermedades%20c
ronicas.pdf](http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%2014/descargables%20linea14/Linea14_%20Programas%20de%20enfermedades%20cronicas.pdf)
- ANDREWS, K. (1980). *The concept of corporate strategy*. Illinois: Richard D.
Irwin, Inc Homewood.
- ANSOFF, I. (1965). *Corporate strategy*. Mc Graw Hill.

ANSOFF, I. (1965). *Corporate strategy*. Mc Graw Hill.

Ansoff, I. (1965). *Corporate strategy*. Mc Graw Hill.

Barrantes, A. Fuentes, A. (2009). *Dirección Estratégica y Reingeniería de Procesos*. Benchmarking.galeon.com.

Betancourt G., B. (2013). *Direccionamiento estrategico de Organizaciones Deportivas*. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca.

Betancourt, G. (2014). *Análisis Sectorial y competitividad*. Bogotá D.C. Colombia.: ECOE Ediciones.

BETANCOURT, G. B. (2014). *Análisis Sectorial y competitividad*. Bogotá Colombia: ECOE Ediciones.

Betancourt, G., B. (2013). *Direccionamiento estrategico de Organizaciones Deportivas*. Santiago de Cali: Imprenta Departamental del Valle del Cauca.

Constitución Política de Colombia. (1991). Recuperado el 13 de abril de 2014, de
http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso%20Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm

DANE. (2005). *Información Municipal para la Toma de Decisiones*. Recuperado el 25 de marzo de 2014, de <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/censos>

Eumed.net. (2014). Recuperado el 27 de abril de 2014, de
<http://www.eumed.net/diccionario/definicion.php?dic=3&def=182>.

- Fajardo O., G. (1983). *Diccionario terminológico de administración de la atención médica*. México: Salvat. Obtenido de Fajardo-Ortiz G. Diccionario terminológico de administración de la atención médica. México: Salvat; 1983.
- Gobernación del Valle del Cauca. (2014). Recuperado el 15 de abril de 2014, de <http://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones.php?id=23839>
- Gobierno de Chile. (2005). Recuperado el 25 de febero de 2014, de http://www.hjnc.cl/docs/Modelo_de_gestion_de_Establecimientos_Hosp.pdf
- Godet, , M. (1993). *La anticipación a la acción: Manual de prospectiva y estrategia*. Marcombo, Boixareu.
- GODFREY, S. J. (2014). *"El ciego y el elefante"*. Recuperado el 15 de febero de 2014, de http://es.wikipedia.org/wiki/Los_ciegos_y_el_elefante.
- Hospital San Bernabé. (2014). *Informes internos ESE*. Bugalagrande Valle del Cauca.
- ISO 9000 , (. (2014). *Norma Internacional: Sistemas de gestión de la calidad*. Bogotá.
- KAPLAN, R. y NORTON, D. (1996.). *The Balanced Scorecard: Translating strategy into action*, Harvard Business School Press,. Boston. .
- LERMA, BARCENA et al. ., J. (2012.). *PLANEACIÓN ESTRATÉGICA POR ÁREAS FUNCIONALES*. Bogotá: Alfa Omega.
- Miniserio de Salud y Protección Social. (2014). Recuperado el 26 de abril de 2014, de

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20para%20el%20Control%20del%20C%C3%A1ncer.pdf>

Ministerio de Salud. (2014). Recuperado el 15 de abril de 2014, de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Informe%20al%20Congreso%202012-2013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012-2021). *Plan Decenal de Salud Pública*. Santafé de Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Todos por un nuevo país*. Recuperado el 15 de febrero de 2014, de <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

Ministerio de Sanidad, S. S. (2014). *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS*. Madrid. Obtenido de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>

Ministro de la Protección Social. (2014). Recuperado el 15 de abril de 2014, de <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>

MINTZBERG, A. y. (1999). *Safari la estrategia. Una visita guiada por la jungla del management estratégico*. Buenos Aires: Granica S.A.

MINTZBERG, AHLSTRAND y LAMPEL, H. (1999). *Safari la estrategia. Una visita guiada por la jungla del management estratégico*. Buenos Aires: Ediciones Granica S.A.

Motta, P. (1991). *Innovación y Democratización de la Gestión Pública*. Venezuela: CIAD, Serie Temas de Coyuntura en Gestión Pública.

- Nacer.edue. (2014). Recuperado el 26 de abril de 2014, de
<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias03.pdf>
- OMHAE, K. (1985). *The mind of the strategist*. Penguin Books. Harmonsworth.
- OMS. (1998). *Gobierno de Aragon. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y TRABAJO EN RED*. Recuperado el 13 de marzo de 2014, de <http://www.ics-aragon.com/cursos/iacs/103/6/diplomado-sanidad-6-1.pdf>
- Parquesoft. (2014). Recuperado el 12 de abril de 2014, de
<http://www.parquesoft.com/>
- Perez, C., M. (1990). *Guía práctica de planeación estratégica*. Santiago de Cali: Universidad del Valle.
- Perez, Katuska y Betancourt, J. (2008). *Scielo*. Recuperado el 18 de febrero de 2014, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-95182008000200010&script=sci_arttext
- Peter, J. (1992). *El proceso de planeación estratégica para hospitales*. Barcelona: Masson.
- Plan de Desarrollo del Valle del Cauca. (2012-2015). “*Todos Trabajando Por el Cambio*” *Municipio de Bugalagrande – Valle del Cauca- Colombia*. Bugalagrande: Valle del Cauca.
- Portafolio. (2014). Recuperado el 23 de marzo de 2004, de
<http://www.portafolio.co/negocios/colombia-subio-tres-puestos-competitividad-tecnologica>
- PORTER, M. (1985). *Ventaja competitiva Creación y sostenimiento de un desempeño superior*. México: Compañía Editorial Continental.

- Prada, P. (2005). *“Matriz de Ansoff como hacer crecer tu start up”*. Recuperado el 23 de abril de 2014, de <http://www.pascualparada.com/matriz-de-ansoff-como-hacer-crecer-tu-startup/>
- Presidencia de la República. (2014). Recuperado el 20 de abril de 2014, de <http://www.sitiomodelo.municipiocolombiano.gov.co/apc-aa->
- Salud Colombia. (2014). Recuperado el 25 de abril de 2014, de <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntsaludb.htm>
- Salud Colombia. (2014). *Salud Colombia*. Recuperado el abro de 2014, de <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntsaludb.htm>
- Schendel, D., y Hatten, K. J. (1972). *Business policy or strategic management: A broader view for an emerging discipline*. Academy of Management Proceedings.
- Serna Gómez, H. (2005.). *ÍNDICES DE GESTIÓN*. Bogotá: 3R Editores.
- Serna Gómez, H. (2007.). *Gerencia Estratégica*. Bogotá: Novena edición. 3R editores,.
- Súper Intendencia de Salud. (2007). Recuperado el 18 de abril de 2014, de <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=c7GyWFYcQeQ=&tabid=103>
- thefreedictionary.com. (2014). Recuperado el 27 de abril de 2014, de <http://es.thefreedictionary.com/equipamiento>.
- Tovar, F. (2002). *Modelos de gestión en Salud*. Buenos Aires.
- Universidad de Manizales. (2014). Recuperado el 30 de marzo de 2014, de <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4010039/Lecciones/CAPITULO%20I/entorno.htm>.

Universidad Javeriana. (2014). *Grupo de investigación formas sociales de Organización*. Recuperado el 30 de marzo de 2014, de http://www.ing.unal.edu.co/eventos/gestec_innovacion/img/presentaciones/auditorio1/ponencias/1_gutierrezviviana.pdf

Universidad San Buenaventura. (2014). Recuperado el 12 de abril de 2014, de <http://www.investpacific.org/node/1349>

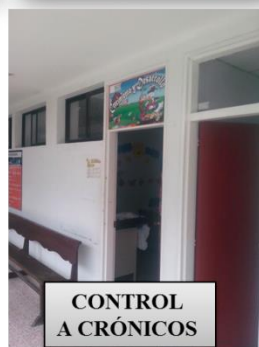
Whot.int. (2014). Recuperado el 26 de abril de 2014, de http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/.

Wikipedia. (2014). Recuperado el 23 de abril de 2014, de <http://es.wikipedia.org/wiki/Integralidad>.

Wikipedia. (2014). Recuperado el 25 de abril de 2014, de <http://es.wikipedia.org/wiki/Cobertura>.

ANEXO A.

IMÁGENES DE LOS LUGARES DONDE OPERA EL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DEL HOSPITAL SAN BERNABÉ ESE DEL MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE



Modelo de gestión basado en Promoción de la Salud y Prevención
de la Enfermedad de una Empresa Social del Estado de baja
complejidad

Karol Rene Berón Ortiz
Diego Fernando Caicedo Cano

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
ESTADÍSTICA DE LA ENCUESTA



La encuesta fué aplicada a 20 personas, escogidas de manera aleatoria entre el personal profesional de la salud, equipo administrativo y algunos usuarios que conocieran los temas a abordar en las diferentes preguntas, todos relacionados con una Empresa Social del Estado de Baja complejidad del Departamento del Valle del Cauca.

1. ¿Se desarrolla el Programa de Promoción y Prevención (P y P) dentro del Hospital de Nivel 1 de acuerdo a lo establecido por la normatividad?

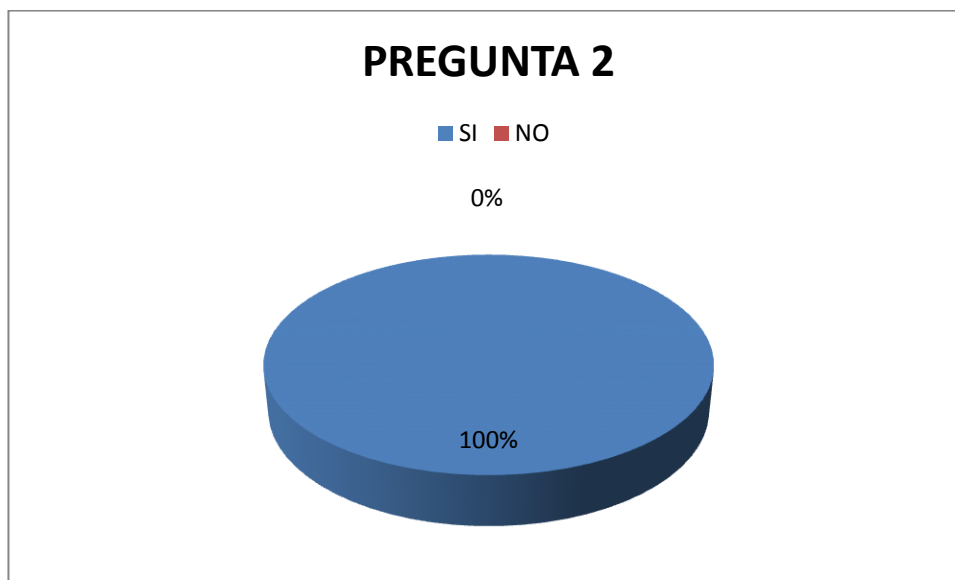
SI	17
NO	3



El 85% de los encuestados manifiesta que si se desarrolla del programa de P y P de acuerdo a lo establecido por la normatividad vigente en salud para Colombia.

2. ¿Es necesario fortalecer el programa Promoción y Prevención (P y P) dentro del Hospital de Nivel 1?

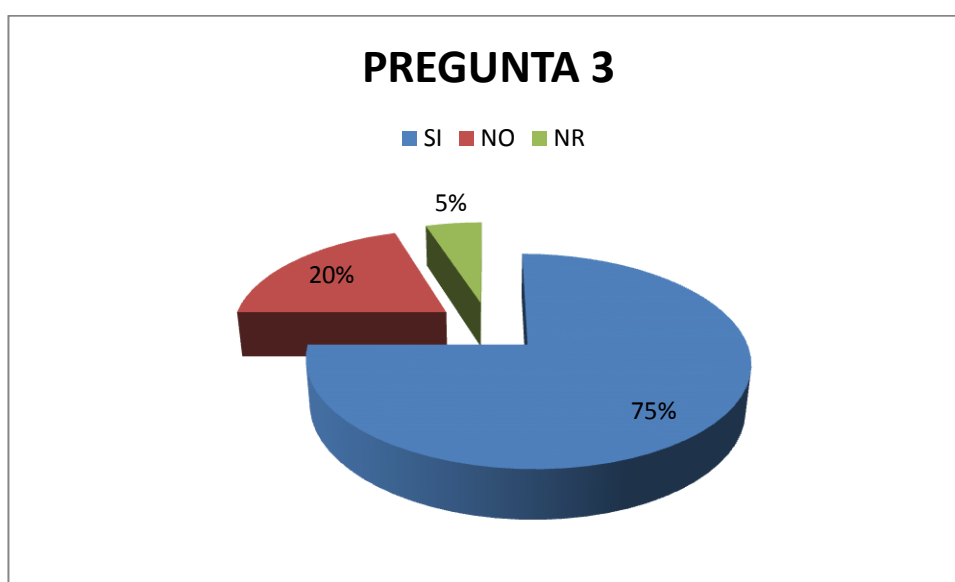
SI	20
NO	0



Todos los encuestados coinciden en que es necesario fortalecer el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, al interior del Hospital Nivel 1 o de baja complejidad.

3. ¿Existe una estrategia en el Programa de Promoción y Prevención (P y P) dentro del Hospital Nivel 1 que permita atender las enfermedades de mayor prevalencia en el municipio?

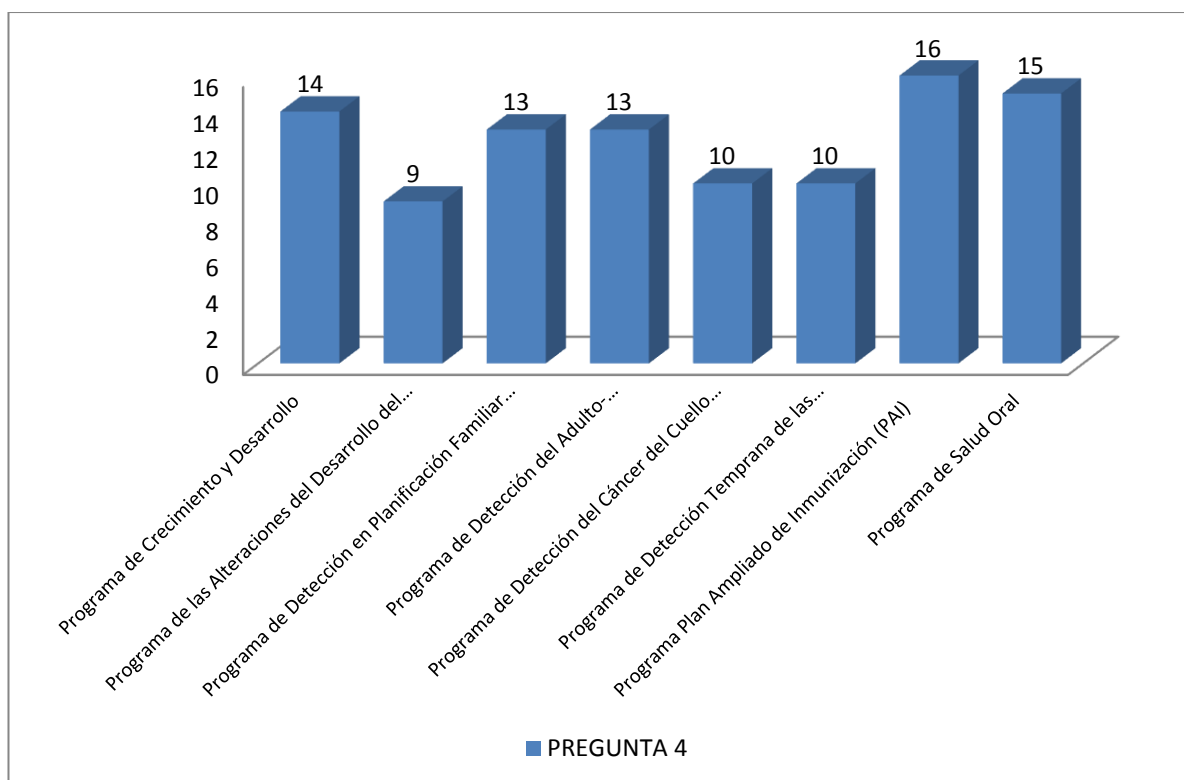
SI	15
NO	4
NR	1



El 75% de los encuestados afirma que existe una estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad al interior del Hospital de baja complejidad; cabe anotar que el 20% no conoce la estrategia y el 5% de los encuestados prefiere no responder a la pregunta formulada.

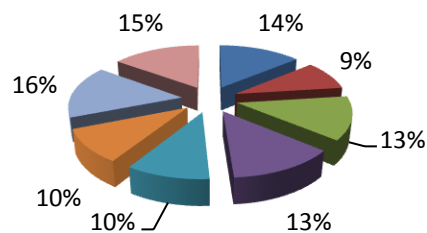
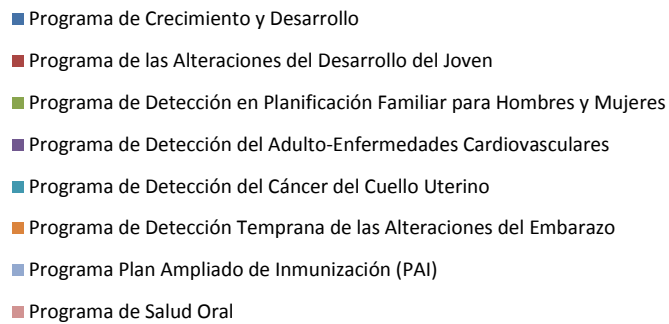
4 ¿Cuáles de las siguientes actividades de Promoción y Prevención (P y P) dentro del Hospital Nivel 1 se desarrollan con mayor frecuencia?

Programa de Crecimiento y Desarrollo	14
Programa de las Alteraciones del Desarrollo del Joven	9
Programa de Detección en Planificación Familiar para Hombres y Mujeres	13
Programa de Detección del Adulto-Enfermedades Cardiovasculares	13
Programa de Detección del Cáncer del Cuello Uterino	10
Programa de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo	10
Programa Plan Ampliado de Inmunización (PAI)	16
Programa de Salud Oral	15



Para el 100% de los encuestados queda claro el que al interior del hospital se estén desarrollando actividades afines al programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; cabe anotar que el programa de PAI (Vacunación) muestra mayor frecuencia dentro de las actividades a desarrollar en el municipio según los encuestados.

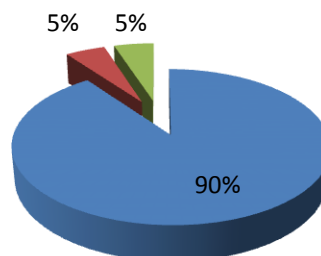
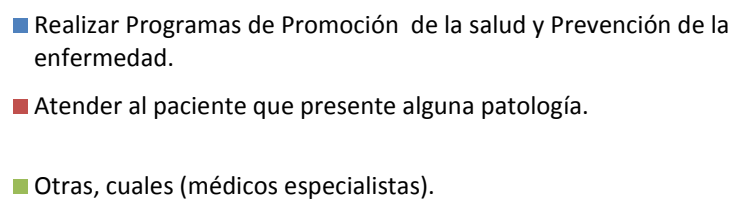
PREGUNTA 4



5. ¿Para el Hospital Nivel 1 qué es más eficiente frente al uso de los recursos?

Realizar Programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.	18
Atender al paciente que presente alguna patología.	1
Otras, cuales (médicos especialistas).	1

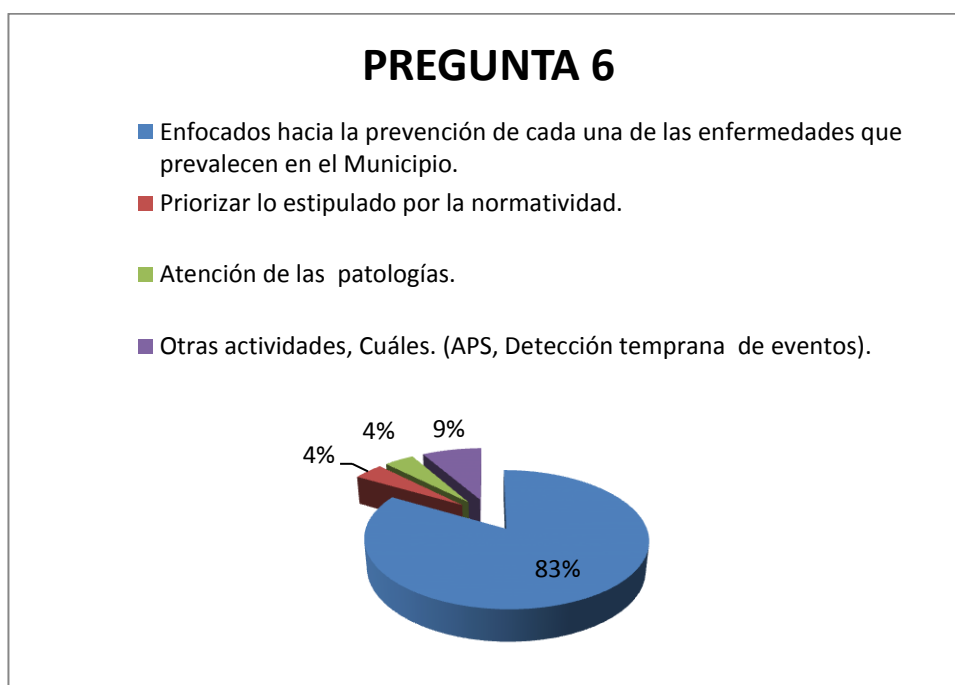
PREGUNTA 5



El 90% de los encuestados afirma que es más eficiente desarrollar programas encaminados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que preparar la Institución para atender al paciente o usuario con su patología.

6. ¿Los servicios del Hospital Nivel 1 deben ser?

Enfocados hacia la prevención de cada una de las enfermedades que prevalecen en el Municipio.	20
Priorizar lo estipulado por la normatividad.	1
Atención de las patologías.	1
Otras actividades, Cuáles. (APS, Detección temprana de eventos).	2

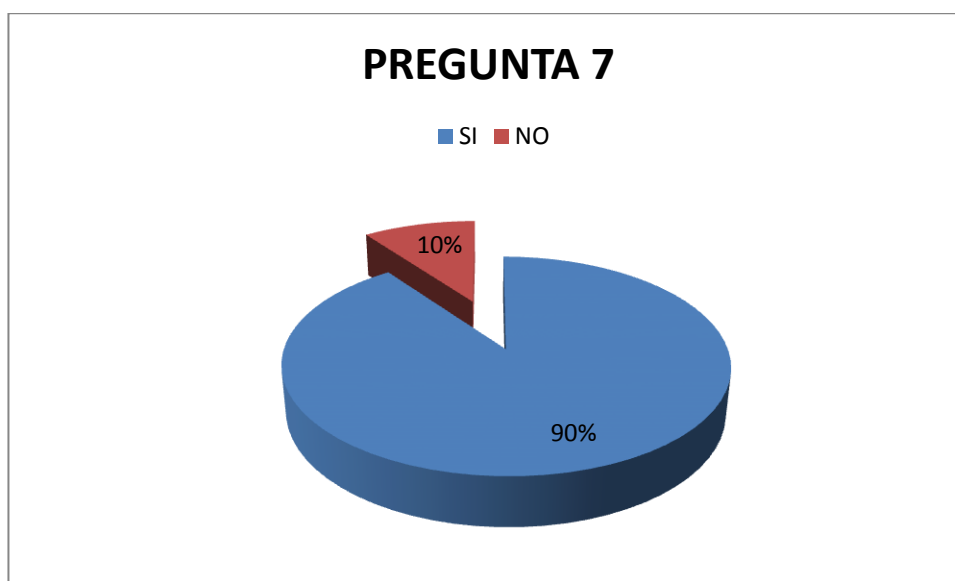


Para el 83% de los encuestados los servicios del Hospital Nivel 1 deben estar encaminados a promover la salud y prevenir la enfermedad que prevalece en un municipio.

7. ¿Cree usted que se ha cumplido el artículo 2 de la ley 1438 de 2011, dentro de la entidad de Nivel 1 el cual indica que:

“... El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población...”?

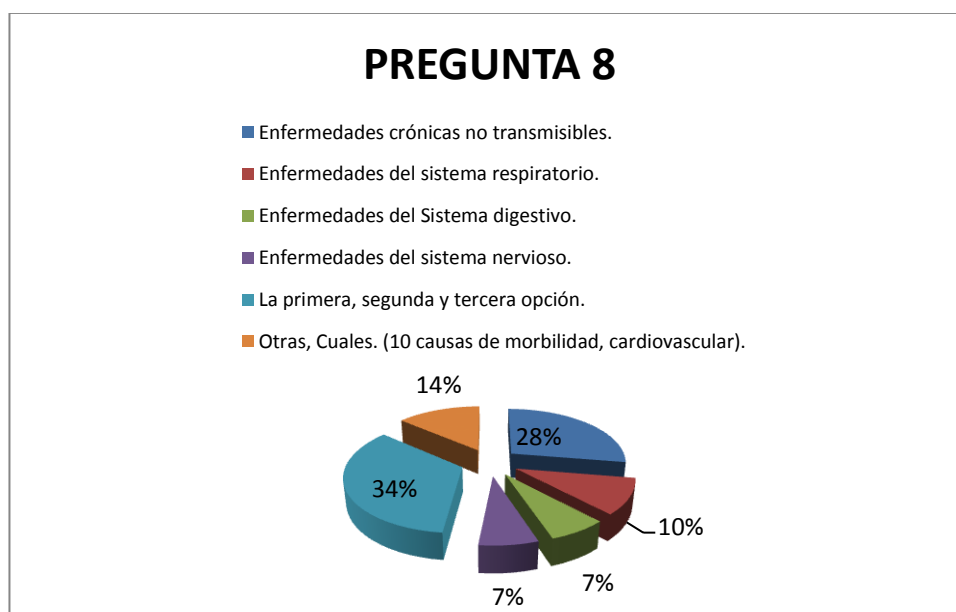
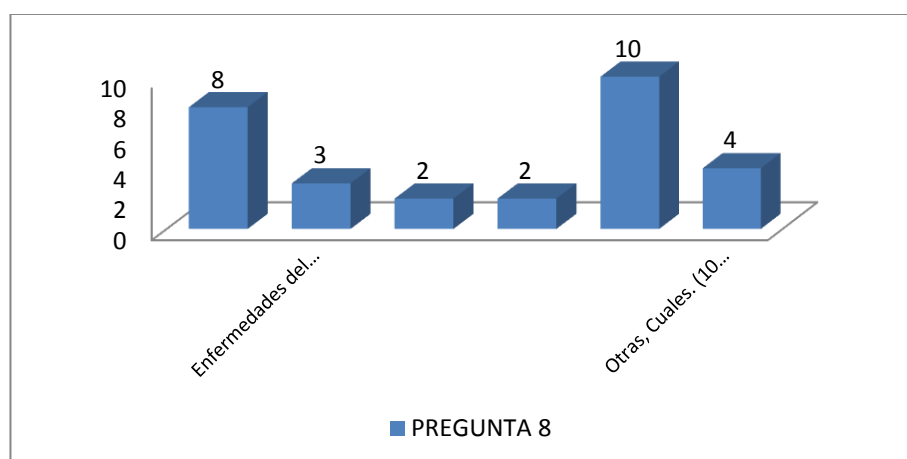
SI	18
NO	2



Para el 90% de los encuestados, el Hospital Nivel 1 está cumpliendo con lo planteado en el artículo 2 de la ley 1438 de 2011, en la que en términos generales se debe garantizar la salud a los colombianos desde políticas públicas en salud que garanticen el desarrollo de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

8. ¿Cuáles son las principales enfermedades a prevenir por el Hospital Nivel 1?

Enfermedades crónicas no transmisibles.	8
Enfermedades del sistema respiratorio.	3
Enfermedades del Sistema digestivo.	2
Enfermedades del sistema nervioso.	2
La primera, segunda y tercera opción.	10
Otras, Cuales. (10 causas de morbilidad, cardiovascular).	4



El 34% de los encuestados manifiesta que las enfermedades a prevenir por el Hospital Nivel 1 en el municipio son: las Enfermedades Crónicas No transmisibles, las enfermedades respiratorias y las enfermedades del sistema digestivo.

9. ¿El recurso económico invertido por el Hospital Nivel 1, en el Programa de Promoción y Prevención (P y P) para cubrir sus necesidades operativas es:

Suficiente.	2
Limitado.	15
Insuficiente.	3



El 75% de los encuestados afirma que el recurso económico invertido por el Hospital de Nivel 1 es limitado para el desarrollo de las actividades al interior del programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

10. ¿ El Programa de Promoción y Prevención (P y P) dentro del Hospital Nivel 1, cumple con las metas de reducción de enfermedades prevalentes en el municipio de manera:

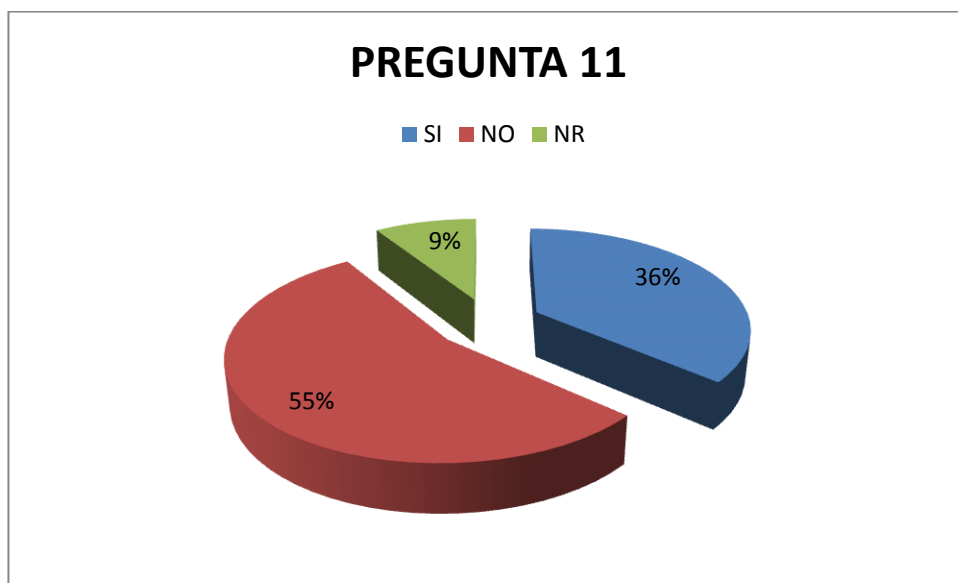
Suficiente.	1
Limitado.	14
Insuficiente.	5



El cumplimiento de las metas en el programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad es limitado; el resultado de la pregunta arroja que el 70% de los encuestados está de acuerdo en que hay un resultado bajo en el cumplimiento de objetivos plasmados al interior del programa preventivo.

11. ¿Cree usted que el personal misional vinculado en el Programa de Promoción y Prevención (P y P) dentro del Hospital Nivel 1 es suficiente para desarrollar todas las actividades que éste exige?

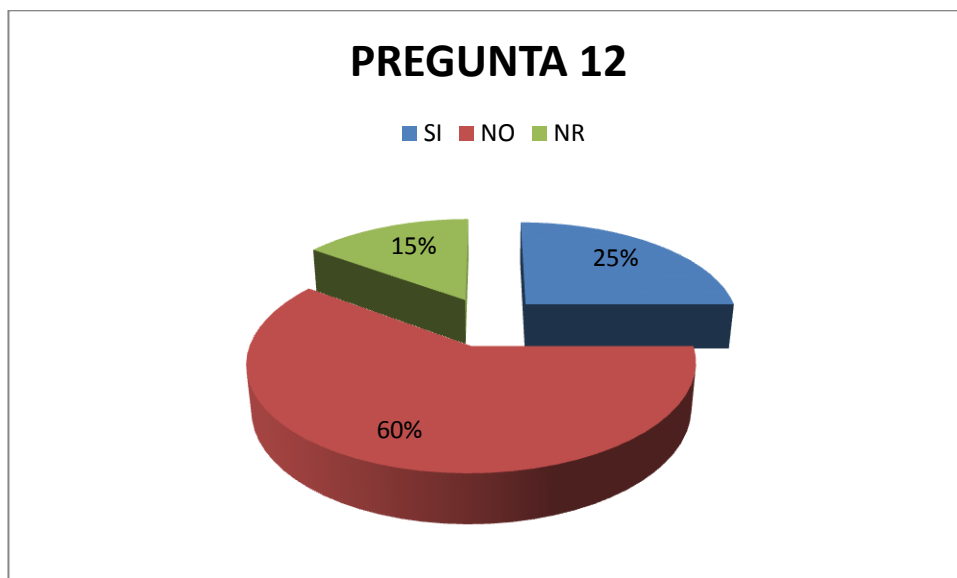
SI	8
NO	12
NR	2



Al analizar el resultado de la pregunta 11, se puede concluir que aunque el 55% de los encuestados manifiesta que el personal vinculado para desarrollar actividades al interior del programa de P y P no es suficiente, cabe contemplar la opción de que para un porcentaje el personal es adecuado para asumir el reto preventivo.

12. ¿Es suficiente el porcentaje trasferido por las EPS destinado a las actividades del Programa de Promoción y Prevención (P y P) dentro del Hospital Nivel 1?

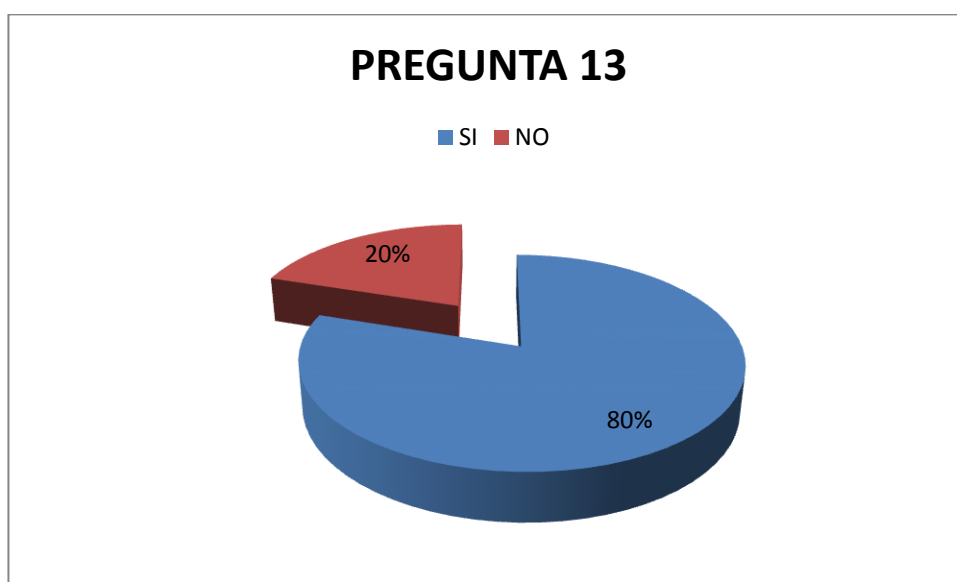
SI	5
NO	12
NR	3



El 60% de los encuestados manifiesta que el porcentaje económico transferido por las EPS para el desarrollo del programa de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad es insuficiente.

13. ¿Considera usted que las actividades del Programa de Promoción y Prevención (P y P) dentro del Hospital Nivel 1 son prioritarias para la toma de decisiones de inversión al interior del mismo?

SI	16
NO	4



El 80% de los encuestados considera que las actividades de P y P si son prioritarias para la toma de decisiones al interior del Hospital Nivel 1.

14. ¿El Programa de Promoción y Prevención (P y P) dentro del Hospital de Nivel 1 desarrolla actividades extramurales que permitan llegar de manera afectiva a toda la comunidad a impactar?

SI	18
NO	2



El 90% de los encuestados manifiesta que el Hospital a través del programa de P y P desarrolla actividades extramurales efectivas que impactan positivamente la salud de la comunidad.

15. ¿Del recurso destinado a la promoción y prevención de enfermedades, hay prioridad para grupos poblacionales dentro del Municipio?

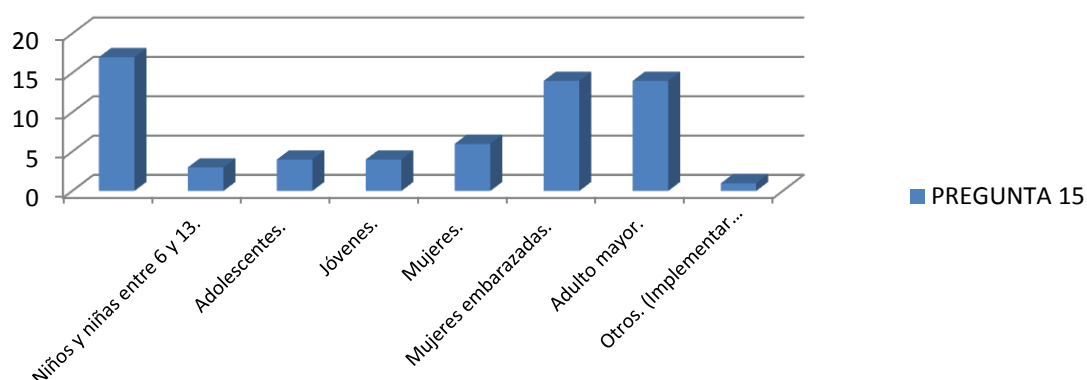
SI	18
NO	2



Cuál de los siguientes:

Niños y niñas menores de 5 años.	17
Niños y niñas entre 6 y 13.	3
Adolescentes.	4
Jóvenes.	4
Mujeres.	6
Mujeres embarazadas.	14
Adulto mayor.	14
Otros. (Implementar demanda inducida).	1

PREGUNTA 15



PREGUNTA 15



El 90% de los encuestados manifiesta que existe prioridad en la distribución del recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad frente a grupos poblacionales, destacando los niños y niñas de 0 a 5 años, mujeres embarazadas y población adulta mayor.

ANÁLISIS DEL RESULTADO DE LAS ENCUESTAS

La mayoría de los encuestados tiene claridad en cada uno de los temas a consultar, esto permite entender que la propuesta del trabajo del grado está enfocada en cuanto al problema planteado, es decir, el personal de la salud de la Institución, los colaboradores del área administrativa y algunos usuarios de la Empresa Social del Estado, coinciden en que el programa de promoción de

la salud y prevención de la enfermedad requiere de una propuesta económica que permita dinamizar cada una de las actividades que al interior de este servicio se desarrollan.

Frente a la propuesta gerencial, surge la siguiente inquietud: la demanda inducida, el modelo contractual (capitación o evento), las metas de p y p , y las glosas en el servicio prestado, se convierten en variables de análisis para llegar a un replanteamiento del trabajo, lo anterior con el objeto de resolver dos situaciones: como impactar positivamente la salud de la población donde está ubicado el Hospital de baja complejidad, y como mejorar la captación de recursos económicos para garantizar en el tiempo la rentabilidad, sostenibilidad y responsabilidad social de la E. S. E.