

**ESTUDIO DE SOSTENIBILIDAD PARA LA REESTRUCTURACIÓN
DEL CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE PUPIALES
EN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

HENRY BAYARDO CORAL CAICEDO

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y
ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMIA
IPIALES
2003**

**ESTUDIO DE SOSTENIBILIDAD PARA LA REESTRUCTURACIÓN
DEL CENTRO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE PUIPALES
EN EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

HENRY BAYARDO CORAL CAICEDO

Trabajo de grado para optar el título de Economista.

**Asesor:
ARMANDO PAZ YAQUENO
Economista**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y
ADMINSITRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMIA
IPIALES
2003**

“Las ideas y conclusiones aportadas en la tesis de grado, son responsabilidad exclusiva de los autores”

“ Artículo 1 del acuerdo No 324 de octubre 11 de 1966, emanada del honorable Consejo Directivo de la Universidad de Nariño”

Nota de aceptación:

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, Junio 24 de 2004.

A la memoria de mi Madre, a mi Padre por todo su apoyo...

Y a toda la comunidad del municipio de Pupiales para que este proyecto contribuya a forjar las bases de una sociedad desarrollada y saludable.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	19
1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	20
1.1 ANTECEDENTES	20
1.1.1 La descentralización de la salud en Colombia.	20
1.1.2 El proceso de descentralización en Nariño.	20
1.1.3 El sector salud en el Municipio de Pupiales.	21
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	26
1.3 DESCRIPCIÓN SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA	26
2. JUSTIFICACIÓN	28
3. OBJETIVOS	30
3.1 OBJETIVO GENERAL	30
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
4. MARCO REFERENCIAL	31
4.1 MARCO TEÓRICO	31
4.1.1 Hacia una eficiente participación del Estado.	31
4.1.2 Economía en la oferta pública de servicios de salud.	34
4.1.3 El mercado de la salud.	36
4.1.4 La calidad en la prestación de servicios de salud.	38
4.1.5 ¿Qué es una Empresa Social del Estado?.	40
4.2 MARCO CONCEPTUAL	41

4.3 MARCO LEGAL	44
4.3.1 Ley 10 de 1990.	44
4.3.2 Ley 100 de 1993.	44
4.3.3 Decreto 1757 de 1994.	45
4.3.4 Decreto 1876 de 1994.	45
4.3.5 Resolución 5261 de 1994.	45
4.3.6 Decreto 1298 de 1994.	45
4.3.7 Decreto 2174 de 1996.	45
4.3.8 Decreto 139 de 1996.	45
4.3.9 Ley 617 de 2000.	45
4.3.10 Ley 715 de 2001.	45
4.3.11 Decreto 2309 de 2002.	46
4.3.12 Decreto 027 de 2003.	46
4.3.13 Decreto 050 de 2003.	47
4.3.14 Acuerdo 229 de 2002.	47
5. HIPÓTESIS DE TRABAJO	48
6. ASPECTOS METODOLÓGICOS	49
6.1 TIPO DE ESTUDIO	49
6.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	49
6.3 FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	50
7. CRONOGRAMA	52
8. PRESUPUESTO	53
9. ASPECTOS CONTEXTUALES DEL MUNICIPIO	54

9.1 SITUACIÓN GEOGRÁFICA	54
9.2 SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA	56
9.2.1 Situación económica regional.	56
9.2.2 Situación socioeconómica del Municipio de Pupiales.	58
9.3 DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA	60
10. ANÁLISIS CORPORATIVO DEL CENTRO DE SALUD MUNICIPAL	66
10.1 ANÁLISIS DEL MERCADO DE LA SALUD	68
10.1.1 Servicios de salud.	68
10.1.2 Usuarios del servicio de salud.	73
10.1.3 Demanda de servicios de salud	86
10.2 ESTUDIO TÉCNICO	108
10.2.1 Tamaño.	108
10.2.2 Localización.	110
10.2.3 Proceso operativo.	113
10.2.4 Programa de operación.	115
10.2.5 Identificación de recursos.	115
10.2.6 Estudio administrativo.	120
10.2.7 Conclusiones del estudio técnico.	124
10.3 ESTUDIO FINANCIERO	124
10.3.1 Inversiones.	125
10.3.2 Costos operacionales.	125
10.3.3 Punto de equilibrio.	132
10.3.4 Proyecciones financieras para el periodo de evaluación.	134

10.4 EVALUACIÓN DEL ANÁLISIS CORPORATIVO	139
10.4.1 Evaluación financiera.	139
10.4.2 Evaluación de áreas críticas.	142
10.4.3 Plan de acción.	144
11. CONCLUSIONES	146
BIBLIOGRAFÍA	148
ANEXOS	151

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Ingresos por prestación de servicios periodo 2001 a 2003.	24
Tabla 2. Inversión en fortalecimiento institucional.	24
Tabla 3. Presupuesto.	53
Tabla 4. Financiación sector salud periodo 1999 – 2003.	80
Tabla 5. Destinación recursos salud periodo 1999 – 2003 (Pesos corrientes).	82
Tabla 6. Destinación recursos salud periodo 1999 – 2003 (Pesos constantes).	82
Tabla 7. Afiliación al Régimen Subsidiado 2003.	82
Tabla 8. Proyección de la afiliación al Régimen Subsidiado (1994 = 100).	83
Tabla 9. Morbilidad general por consulta externa 2002 – 2003.	86
Tabla 10. Servicios de consulta externa – 2003.	88
Tabla 11. Remisión de pacientes (2002 – 2003).	100
Tabla 12. Proyección demanda servicio de consulta externa.	101
Tabla 13. Proyección demanda servicio de odontología.	101
Tabla 14. Proyección demanda actividades de promoción y prevención.	102
Tabla 15. Proyección demanda de servicios ginecostetricos.	102
Tabla 16. Proyección servicio de urgencias.	102
Tabla 17. Proyección servicios de laboratorio.	103
Tabla 18. Proyección servicio farmacéutico.	103
Tabla 19. Gasto en adquisición de servicios.	131
Tabla 20. Costos y gastos operacionales.	132
Tabla 21. Costos y gastos operacionales por servicio (miles de pesos).	133
Tabla 22. Proyección de ingresos por servicios.	136
Tabla 23. Costos operacionales del proyecto.	137
Tabla 24. Flujo neto operacional (1994=100).	137
Tabla 25. Flujo financiero neto del proyecto (1994=100).	137
Tabla 26. Calculo del Valor Presente Neto.	140

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Estructura de análisis económico de la empresa.	49
Cuadro 2. Fuentes y técnicas para recolectar la información – Categoría mercado.	50
Cuadro 3. Coordenadas geográficas.	54
Cuadro 4. Distancia promedio por regiones.	64
Cuadro 5. Servicios primer nivel de atención.	71
Cuadro 6. Distribución de la población - Periodo 1995 a 2010.	74
Cuadro 7. Proyección de la población por edades.	76
Cuadro 8. Proyección de la población por región geográfica.	78
Cuadro 9. Segmentación según afiliación al SGSSS (2003).	80
Cuadro 10. Comportamiento de variables modelo econométrico.	85
Cuadro 11. Comportamiento de la prestación de servicios.	87
Cuadro 12. Servicios de odontología por procedimiento (2003).	91
Cuadro 13. Servicios de Urgencias año 2003.	94
Cuadro 14. Servicios en actividades de promoción y prevención (2003).	97
Cuadro 15. Otras IPS en el área de influencia.	104
Cuadro 16. Indicadores prestación y población sin cobertura.	107
Cuadro 17. Capacidad del proyecto.	109
Cuadro 18. Programa de operación (Procedimientos por tipo de servicio).	115
Cuadro 19. Dotación básica de equipos médicos por servicio.	116
Cuadro 20. Estándar de recurso humano por servicio.	117
Cuadro 21. Recursos asignados para el Plan Bienal de Inversión.	125
Cuadro 22. Recurso humano en el área asistencial.	126
Cuadro 23. Costo de personal asistencial de planta.	126
Cuadro 24. Costo personal asistencial de contrato.	127
Cuadro 25. Costo de materiales servicio farmacéutico.	127
Cuadro 26. Costo de servicios.	128
Cuadro 27. Depreciación de activos fijos.	128
Cuadro 28. Recurso humano área directiva y administrativa.	129
Cuadro 29. Gastos personal de planta área directiva y administrativa.	130
Cuadro 30. Gastos en personal administrativo de contrato.	130
Cuadro 31. Depreciación activos del área administrativa.	131
Cuadro 32. Calculo del punto de equilibrio por servicio (Pesos corrientes).	134
Cuadro 33. Programa de inversión fija.	134
Cuadro 34. Calculo y proyección del capital trabajo.	135
Cuadro 35. Flujo neto de inversión (1994=100).	135
Cuadro 36. Balance general del centro de salud a dic. 31 de 2003 (1994=100).	138
Cuadro 37. Tasa Interna de Retorno.	141

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Distribución de recursos para salud.	22
Figura 2. Desorganización del sector salud a nivel territorial.	23
Figura 3. Inversión como porcentaje del gasto total.	25
Figura 4. Principios neoestructurales para la gestión eficiente.	34
Figura 5. Edificio de la sostenibilidad de la empresa pública.	35
Figura 6. Estructura del mercado de la salud a nivel municipal.	39
Figura 7. Organización de las Empresas Sociales del Estado.	41
Figura 8. Cronograma de actividades.	52
Figura 9. Ubicación geográfica del municipio de Pupiales.	54
Figura 10. Tasa de desempleo de Pasto.	57
Figura 11. Tasa de inflación nacional y de Pasto.	57
Figura 12. Estructura de la propiedad de la tierra.	59
Figura 13. División Político administrativa del municipio de Pupiales.	61
Figura 14. Zonificación del municipio de Pupiales.	62
Figura 15. Extensión por zonas geográficas.	63
Figura 16. Mapa vial del municipio de Pupiales.	65
Figura 17. Análisis FAVOD del Centro de Salud municipal de Pupiales.	67
Figura 18. Necesidades humanas y la Empresa Social del Estado.	69
Figura 19. Distribución poblacional por género y edades.	75
Figura 20. Distribución de población por regiones (Promedio 2003-2008).	77
Figura 21. Estructura socioeconómica de la población.	79
Figura 22. Financiación sector salud 1999-2008.	81
Figura 23. Proyección de recursos para salud (2004 – 2008).	81
Figura 24. Resultados estimación de parámetros.	85
Figura 25. Cobertura consulta externa por edades – 2003.	88
Figura 26. Cobertura consulta externa – aseguramiento.	89
Figura 27. Cobertura odontología por edades (2003).	92
Figura 28. Servicio de odontología según afiliados al SGSSS.	93
Figura 29. Atención de urgencias por edades (2003).	95
Figura 30. Servicios de promoción y prevención por edades.	96
Figura 31. Cobertura servicios de laboratorio (2003).	99
Figura 32. Ingresos por capitación y evento (Abril a septiembre de 2003).	106
Figura 33. Utilización capacidad instalada.	110
Figura 34. Localización a nivel municipal y departamental.	111
Figura 35. Microlocalización Centro de Salud de Pupiales.	112
Figura 36. Microlocalización puesto de salud José María Hernández.	112
Figura 37. Flujo general del proceso operativo.	114
Figura 38. Distribución en planta.	118
Figura 39. Estructura orgánica Empresa Social del Estado.	121

Figura 40. Diseño del Sistema Integral de Información.	123
Figura 41. Flujo financiero neto del proyecto.	138
Figura 42. Gráfica del Valor Presente Neto.	140
Figura 43. Proyección del nivel de inversión en programas de fortalecimiento institucional.	141
Figura 44. Análisis FAVOD del proceso de creación de la ESE.	143

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Plan de acción.	152

RESUMEN

El proceso de descentralización del sector salud se fundamenta en el establecimiento de competencias para los distintos niveles de gobierno, actualmente con la Ley 715 de 2001 se estableció que los municipios tienen la responsabilidad de dirección del sector en su jurisdicción, aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud y acciones en salud pública; además, si estos estaban certificados antes del 31 de julio de 2001 para prestar servicios de salud lo podían seguir haciendo quedando sujetos a las reglamentaciones que expida el gobierno nacional.

Esta situación conllevó a originar un proceso de desorganización del sector, debido a que el municipio actúa como organismo de control y supervisión de la oferta de salud y al mismo tiempo hace parte de dicha oferta generando una duplicidad de funciones; además, la ejecución de los recursos que transfiere la nación para la atención de *la población pobre por atender* y de *salud pública* se hace de manera directa asumiendo los gastos de funcionamiento de la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS-Públicas), escenario propicio para que el sector se maneje con amplios intereses políticos que inducen a un incremento sustancial en los gastos de personal y otros de funcionamiento, restringiendo la asignación de recursos a programas de fortalecimiento institucional prioritarios para garantizar un nivel de calidad óptimo en la prestación de servicios de salud.

Actualmente el gobierno nacional ha impulsado un marco normativo para evaluar las condiciones de la oferta de servicios de salud y la capacidad de gestión de los municipios; tal es el caso de la expedición del Decreto 2309 de 2002 que reglamenta sobre la calidad en la prestación de servicios de salud y el Decreto 027 de 2003 con el cual se obliga indirectamente a la conformación de una Empresa Social del Estado para que el Municipio ejecute los recursos de salud mediante la celebración de un contrato de compraventa de servicios deponiendo la opción de transferencia directa.

De esta manera surge la necesidad de demostrar mediante un estudio de sostenibilidad, la capacidad económica, técnica y financiera del Centro de Salud del municipio de Pupiales para reestructurarse en Empresa Social del Estado como alternativa para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud a la comunidad del municipio de Pupiales en el año 2003; bajo los postulados de la teoría neoestructuralista sobre el mejoramiento de la eficiencia y la gestión de las empresas públicas, fundamentada en la iniciativa gerencial, la autonomía administrativa y financiera y los principios de transparencia y participación comunitaria en la definición de una institución funcional a las necesidades de la población, para este caso la participación de los usuarios de los servicios de salud, como mejor alternativa para desarrollar un programa de mejoramiento de la calidad concertado y enmarcado en la legislación que actualmente regula al sector.

ABSTRACT

The process of decentralization of the sector health is based in the establishment of competitions for the different government levels, at the moment with the Law 715 of 2001 settled down that the municipalities have the responsibility of address of the sector in its jurisdiction, insurance of the population to the General System of Social security in Health and actions in public health; also, if these they were certified before July 31 2001 to lend services of health could follow it making being subject to the regulations that the national goveffilnent sends.

This situation bofe to originate a process of disorganization of the sector, because the municipality acts as control organism and supervision of the offer of health and at the same time he/she makes part of this offer generating a duplicity of functions; also, the execution of the resources that transfers the nation for the poor population's attention to assist and of public health it is made in a direct way assuming the expenses of operation of the Institutions Prestadoras of Services of Health (IPS-public), favorable scenario so that the sector is managed with wide political interests that induce to a substantial increment in the expenses of personal and others of operation, restricting the assignment of resources to high-priority programs of institutional invigoration to guarantee a good level of quality in the benefit of services of health.

At the moment the national government has impelled a normative mark to evaluate the conditions of the offer of services of health and the capacity of administration of the municipalities; such it is the case of the expedition of the Ordinance 2309 of 2002 that it regulates about the quality in the benefit of services of health and the Ordinance 027 of 2003 with which puts under an obligation indirectly to the conformation of a Social Company of the State so that the Municipality executes the resources of health by means of the celebration of a contract of sale and purchase of services deposing the option of direct transfer.

This way the necessity arises of demonstrating by means of a sostenibilidad study, the economic capacity, technique and financial of the Center of Health of the municipality of Pupiales to be restructured in Social Company of the State as alternative to improve the quality in the benefit of services of health to the community of the municipality of Pupiales in the year 2003; under the postulates of the theory neoestructuralista on the improvement of the efficiency and the administration of the public companies, based in the managerial initiative, the administrative and financial autonomy and the transparency principles and community participation in the definition from a functional institution to the population's necessities, for this case the participation of the users of the services of health, as better alternative to develop a program of improvement of the concerted quality and framed in the legislation that at the moment regulates to the sector.

INTRODUCCIÓN

La realización de este trabajo surge ante la posibilidad de conformar una Empresa Social del Estado en el municipio de Pupiales como resultado de un proceso de reestructuración del actual Centro de Salud que es la institución con la cual el municipio ha asumido la prestación de servicios de salud en el primer nivel de complejidad, debido a las incidencias del actual marco normativo.

Esta situación es propicia para aplicar los conocimientos adquiridos durante el transcurso del programa de economía desarrollado en la Universidad de Nariño y también una oportunidad importante para aportar y proponer alternativas que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de la comunidad del Municipio.

Por otra parte y teniendo en cuenta que la salud es uno de los elementos mas importantes para garantizar el desarrollo socioeconómico y cultural de los pueblos y que como responsabilidad del Estado, la provisión de servicios de salud debe estar acorde a los requerimientos de la demanda social, se hace necesario que todo programa encaminado a este sector debe fundamentarse con estudios que permitan identificar las implicaciones económicas y sociales del gasto público en el sector, haciendo uso racional de los recursos y lo mas importante un manejo eficaz de las instituciones para resolver los problemas prioritarios de la población.

Por ello, esta investigación se perfila como un estudio que permita evidenciar la capacidad económica y financiera del la Empresa Social del Estado en el mediano y largo plazo para garantizar el desarrollo operativo de esta institución como organización autónoma dentro del exigente mercado de la salud.

Metodológicamente se busca analizar las variables que conforman la estructura económica de estas empresas mediante el método de análisis y síntesis basado en el estudio del estado actual de la institución objeto de reestructuración en categorías como mercado, aspectos técnicos y financieros, complementado con las perspectivas estratégicas trazadas para la reestructuración del centro de salud municipal en Empresa Social del Estado y su impacto sobre el desarrollo de la región.

Finalmente, es preciso agradecer la colaboración que a nivel institucional ha brindado el Doctor MIGUEL ANTONIO BENAVIDES alcalde del municipio de Pupiales, así como también el apoyo del Doctor JESUS ARMANDO IBARRA Secretario de Salud municipal y la disposición incondicional del Economista ARMANDO PAZ YAQUENO docente de la Universidad de Nariño como asesor de esta investigación.

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES

1.1.1 La descentralización de la salud en Colombia. El proceso de descentralización del sector salud en Colombia tiene sus raíces en la Ley 10 de 1990, esta norma reglamentó un sistema basado en el subsidio a la oferta, con participación de entidades públicas y privadas, otorgando competencias a los entes territoriales según los diferentes niveles de complejidad.

Luego, con la reforma constitucional de 1991 se establece al país como una república unitaria, descentralizada y con autonomía de sus entidades territoriales¹; bajo esta perspectiva constitucional la Ley 100 y la Ley 60 de 1993 reafirman el proceso de descentralización y se proyecta la transformación del subsidio a la oferta por subsidio a la demanda.

Este proceso de descentralización se realiza mediante el establecimiento de competencias para los diferentes niveles de gobierno; la nación por ejemplo, toma las funciones de ente director y regulador del sistema, el departamento está encargado de prestar servicios de salud en segundo y tercer nivel, como también la dirección, organización y vigilancia de las políticas de salud dentro del territorio de su competencia, sirviendo de enlace entre el nivel nacional y el territorial. Para el caso de los municipios su función es la prestación de servicios de salud en el primer grado de complejidad y organizar el sistema en su jurisdicción.

Esta política conllevó a la descentralización de los entes territoriales que se acogieron al proceso de certificación establecido por el gobierno nacional; según la Dirección de Descentralización del Ministerio de Salud, para el año 1999 fueron certificados 20 departamentos, 4 distritos y 407 municipios los cuales representan el 37.9% del total de municipios existentes en el país.

1.1.2 El proceso de descentralización en Nariño. El impulso de la política de descentralización de la salud ha tenido mucha influencia sobre la organización del sector en el departamento; hasta el año 2000 se había descentralizado el 90% de los municipios, alcanzando uno de los porcentajes más altos a nivel nacional.

Según el Instituto Departamental de Salud², “este proceso ocasionó la concentración de funciones hacia el ente territorial, dificultando la eficiencia de la gestión pública y

¹ COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Descentralización en salud y educación. Bogotá : DNP, 2001. p 18.

² INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO. Plan Sectorial de Salud Departamento de Nariño 2001-2003. San Juan de Pasto : IDSN, 2001. p 86.

originando limitaciones al desarrollo del sector”. Cave anotar que hasta ese entonces, la conformación de Empresas Sociales del Estado como alternativa para la descentralización de la prestación de servicios de salud a nivel del departamento, no se tomó como una opción para reorganizar el sistema hacia el desarrollo hospitalario de instituciones autónomas, flexibles a los requerimientos de salud por parte de la comunidad; en tal sentido, se puede observar que para el año 2000 solo existe referencia de la conformación de 8 Empresas Sociales del Estado en nivel uno y 3 en el nivel dos de atención.

1.1.3 El sector salud en el Municipio de Pupiales. El municipio asumió la descentralización del sector salud mediante Acuerdo número 28 del veintiséis (26) de mayo de 1998, acto administrativo mediante el cual se conformó la Secretaría Municipal de Salud para cumplir las funciones de dirección y la prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención, con base en lo establecido en los artículos 4 y 5 de la ley 10 de 1990, la ley 100 de 1993 y las competencias reglamentadas para los municipios en la ley 60 de 1993.

Para ello, el Alcalde municipal fue autorizado para recibir en calidad de *cesión* los bienes muebles e inmuebles de los centros y puestos de salud con domicilio en el municipio que hasta esa fecha hacían parte del patrimonio de la Nación o del departamento y también asumió la responsabilidad de los funcionarios vinculados a las instituciones de salud quienes serían transferidos al municipio.

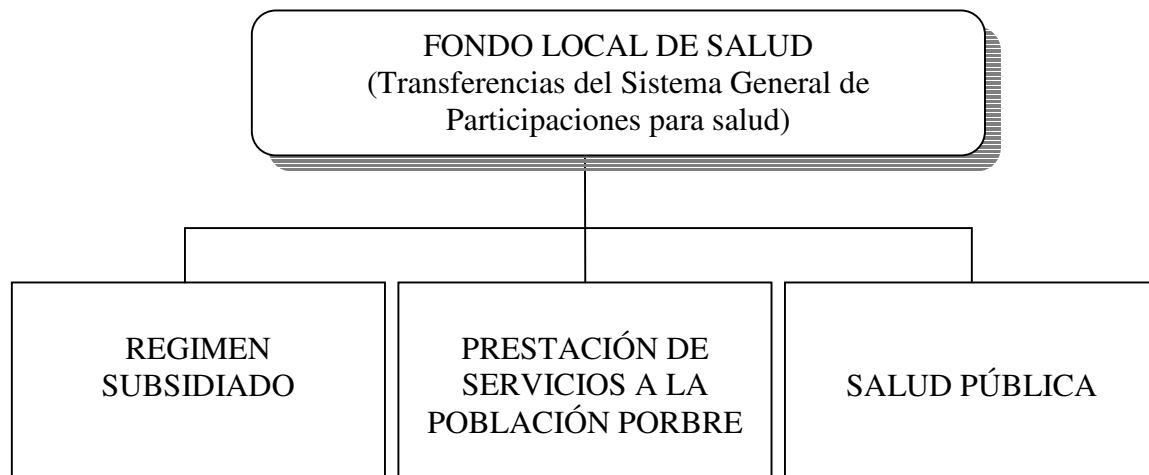
Para el manejo presupuestal de los recursos del sector salud, el municipio de Pupiales mediante Acuerdo número 26 del diez (10) de septiembre de 1996 conformó el Fondo Local de Salud como cuenta especial dentro del presupuesto de ingresos y gastos del municipio, con el fin de administrar y controlar los recursos destinados a financiar la dirección, aseguramiento y prestación de servicios de salud, bajo la responsabilidad del Alcalde como ordenador del gasto y la función operativa de la Tesorería municipal en actividades de recaudo, custodia y desembolso presupuestal.

Teniendo en cuenta que el sector salud del municipio se conformó bajo las disposiciones reglamentadas por la ley 60 de 1993, la introducción del nuevo régimen de transferencias y competencias adoptado mediante ley 715 de 2001 hace necesario ajustar el sector a las nuevas responsabilidades establecidas para los municipios.

Esta ley sustenta la asignación de tres cuentas especiales dentro del presupuesto de ingresos y gastos del Fondo Local de Salud; en primer lugar está la destinación que hace la nación para financiar la afiliación de las personas pobres y vulnerables al Régimen Subsidiado (subsidio a la demanda); seguidamente se encuentra la financiación de la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda (oferta)* y la financiación de acciones en salud pública (Figura 1).

* El artículo 49 de la ley 715 de 2001 define a la “población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda” a aquella identificada por el Sistema de Identificación de Beneficiarios SISBEN, no afiliada al régimen contributivo o régimen excepcional, ni financiada con recursos de subsidio a la demanda.

Figura 1. Distribución de recursos para salud.



Fuente: Ministerio de la Protección Social.

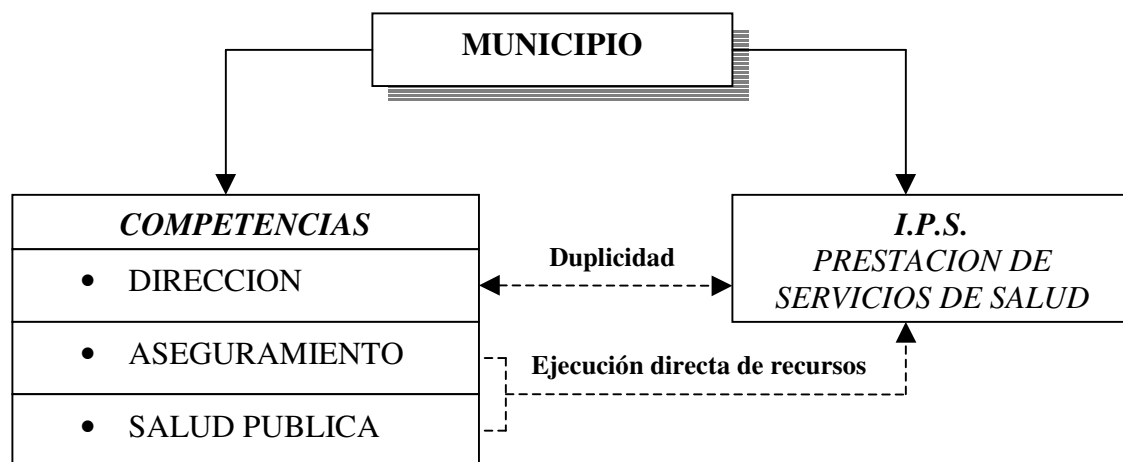
En consecuencia los municipios deben asumir las competencias de dirección del sector, aseguramiento de la población y de salud pública, además en el parágrafo del artículo 44 de la Ley 715 de 2001 se aclara que los municipios podrán prestar servicios de salud siempre y cuando hayan estado certificados antes del 31 de julio de 2001 quedando sujetos a las reglamentaciones que se expidan en esta materia.

De esta manera se puede apreciar que la descentralización ha ocasionado un proceso crítico de desorganización del sector salud a nivel local, es evidente que el municipio como representante del Estado tiene la obligación de controlar y supervisar la oferta de servicios de salud; pero además de esta función, ha asumido la prestación directa de servicios convirtiéndose en juez y parte del sistema de salud en su jurisdicción.

Este incremento y duplicidad de funciones pueden influir negativamente sobre la capacidad de gestión administrativa y financiera del ente territorial (Figura 2); por ejemplo, *la prestación de servicios a la población pobre* la asume el municipio de manera directa a través del Centro de Salud Municipal o los puestos de salud situados en el corregimiento de José María Hernández y las veredas el Común y Pusialquer y se utiliza los recursos asignados por el Sistema General de Participaciones para cubrir los gastos de funcionamiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a su cargo, igual situación se presenta para la ejecución de los recursos de salud pública.

El principal obstáculo que esta situación genera es la obligación de demostrar que esos recursos fueron invertidos de acuerdo a los lineamientos de la política nacional de salud, ocasionando limitaciones a su destinación, esta circunstancia a sido propicia para que los programas de inversión en desarrollo institucional no cuenten con los recursos necesarios para impulsar un proceso de mejoramiento de la calidad.

Figura 2. Desorganización del sector salud a nivel territorial.



Para el caso del municipio de Pupiales la prestación de servicios de salud se financia con los ingresos provenientes de contratos de prestación de servicios con las Administradoras de Régimen Subsidiado, atención a afiliados del Régimen Contributivo, el cobro de cuotas de recuperación a Vinculados, atención a particulares y la **ejecución directa** por parte del municipio de los recursos de presanción de servicios a la población pobre y los programas de salud pública; la Tabla 1 muestra la evolución de estos recursos durante el periodo 2001 a 2003.

Al analizar estos datos, se puede apreciar que dentro de este periodo hubo un incremento en términos reales del 18% entre los dos primeros años y del 8% para el final; estos valores también determinan que estructuralmente los ingresos que ejecuta directamente el municipio representan en promedio la tercera parte de del total de ingresos que percibe la institución por venta de servicios.

Por otro lado, al hacer una comparación entre le presupuesto total y los gastos de inversión ejecutados en el mismo periodo (Tabla 2), se observa que para los programas de fortalecimiento institucional se ha destinado en promedio un 5.54% del total de recursos percibidos por venta de servicios, esta situación influye negativamente sobre variables determinantes del nivel de calidad como la adecuación de infraestructura, compra de equipo médico y científico, adquisición de materiales para uso asistencial, capacitación del personal médico, paramédico y administrativo e investigaciones que contribuyan estratégicamente en el desarrollo integral de la institución (Figura 3).

El gobierno nacional ha tenido en cuenta esta problemática y por ello ha centrado su atención en proporcionar las herramientas jurídicas para evaluar las condiciones de la oferta de servicios de salud y la capacidad de gestión de los municipios para manejar el sector a nivel territorial; dentro de este marco se expidió el Decreto 027 de 2003, con el cual se reglamento el parágrafo del artículo 44 de la Ley 715 de 2001 en lo relacionado con los criterios de evaluación de los municipios que asumieron la prestación de servicios de salud.

Tabla 1. Ingresos prestación de servicios periodo 2001 a 2003

(pesos corrientes)

CONCEPTO	2001	2002	2003*
1. INGRESOS CORRIENTES	900.361.390	1.131.904.303	1.316.869.175
VENTA DE SERVICIOS	900.361.390	1.131.904.303	1.316.869.175
ARS REGIMEN SUBSIDIADO	645.000.000	760.000.000	828.000.000
EPS REGIMEN CONTRIBUTIVO	19.450.000	12.000.000	12.000.000
ENTIDAD TERRITORIAL- SUBSIDIO A LA OFERTA - ATENCIÓN VINCULADOS**	171.611.390	274.014.333	340.033.860
ENTIDAD TERRITORIAL- PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	39.300.000	55.889.970	111.864.315
CUOTAS DE RECUPERACIÓN - USUARIOS VINCULADOS	25.000.000	30.000.000	24.971.000
TOTAL INGRESOS	900.361.390	1.141.568.110	1.316.869.175
INGRESOS REALES (2001=100)	900.361.390	1.066.886.084	1.150.204.538

*Proyectado

**Ejecución directa

Fuente: Secretaría de Hacienda Municipal.

Tabla 2. Inversión en fortalecimiento institucional.

(pesos corrientes)

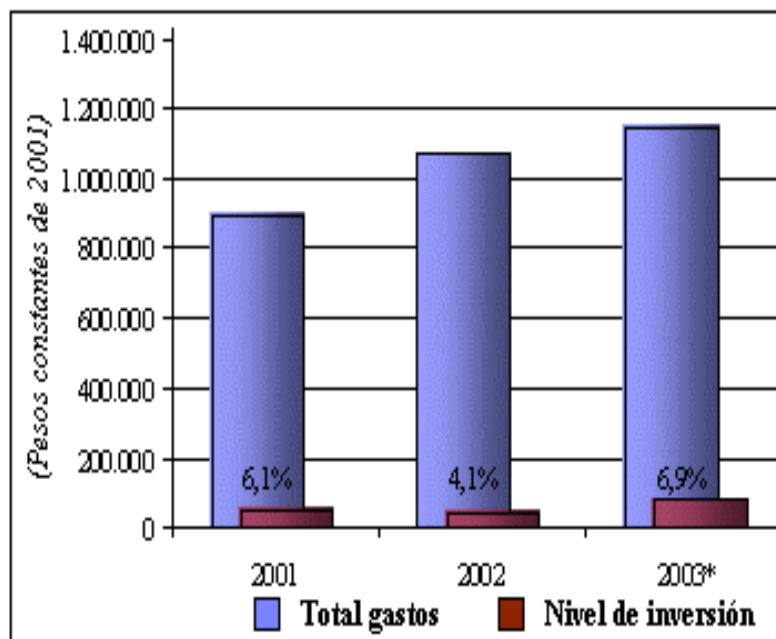
CONCEPTO	2001	2002	2003*
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	54.559.514	46.559.295	86.557.000
Construcción Infraestructura	15.400.398	14.470.563	36.557.000
Compra equipo, instrumental médico, odontológico y de laboratorio.	31.505.286	13.637.984	28.000.000
Otros programas de fortalecimiento institucional	7.653.830	18.450.748	22.000.000
OTROS PROGRAMAS DE INVERSION	0	0	4.000.000
Capacitación	0	0	4.000.000
Investigación	0	0	0
Otros	0	0	0
TOTAL	54.559.514	46.559.295	90.557.000
TOTAL INVERSION REAL (2001=100)	54.559.514	43.513.360	79.095.991

Fuente: Secretaría de Hacienda Municipal.

En lo relacionado con la transferencia directa de recursos de la salud en el nivel municipal, el numeral 2.2 de artículo primero del mencionado Decreto, establece la obligatoriedad de ejecutar los recursos destinados a subsidio a la población pobre en lo no cubierto con

subsidio a la demanda, mediante la celebración de un contrato de compraventa de servicios de salud con instituciones prestadoras de naturaleza pública o privada, deponiendo la opción de ejecución directa de estos recursos por parte del ente territorial.

Figura 3. Inversión como porcentaje del gasto total



Fuente: Secretaría de Hacienda Municipal

Además, según comunicación del Departamento Nacional de Planeación donde se informa sobre la distribución del Sistema General de Participaciones para el municipio en la vigencia 2003, se hace la siguiente aclaración:

La prestación de servicios de salud a su cargo, para la población pobre no asegurada, deberá focalizar la atención de grupos prioritarios de población como son: madres gestantes, menores de cinco (5) años, ancianos, desplazados, discapacitados e indigentes, y deberán ser contratados con instituciones públicas autónomas (Empresas Sociales del Estado), articuladas a la red de prestación de servicios del departamento y de acuerdo a lo que disponga el reglamento y la política de prestación de servicios de salud* .

Con lo anterior se determina la necesidad de constituir una Empresa Social del Estado en el municipio de Pupiales para manejar los recursos mencionados anteriormente de una manera congruente a las competencias asignadas para los municipios por la Ley, constituyéndose estos como ingresos por venta de servicios provenientes de un contrato

* OFICIO de Oswaldo Aharón Porras Vallejo, Director Técnico de Desarrollo Territorial del Departamento Nacional de Planeación (DNP), Bogota D.C, 20 de enero de 2003.

de compraventa de servicios de salud suscritos entre la nueva empresa y el municipio, incrementando de esta manera la disponibilidad de recursos financieros necesarios para implementar un programa de mejoramiento de la calidad de la atención en salud y contribuir eficientemente al desarrollo del municipio, además se debe tener en cuenta que el incumplimiento a estas disposiciones ocasionará la pérdida de estas transferencias las cuales pasarán a ser administradas por el departamento y el municipio podrá incurrir en faltas sancionadas por la normatividad actual.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe la capacidad económica, técnica y financiera del Centro de Salud del municipio de Pupiales para reestructurarse en Empresa Social del Estado como alternativa para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud a la comunidad del municipio de Pupiales en el año 2003?

1.3 DESCRIPCIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

Como se ha mencionado, la descentralización de la salud se apoya en gran medida en la transformación del subsidio a la oferta por subsidio a la demanda, posición claramente definida en la comunicación del Director Técnico de Desarrollo Territorial del Departamento Nacional de Planeación (DNP), según la cual el municipio no puede ejecutar los recursos de salud directamente, sino que debe contratar la prestación de servicios con una empresa autónoma para garantizar la atención de la población pobre definida como vinculada o por atender.

Este proceso no se puede realizar en los municipios que poseen una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS Pública) bajo su responsabilidad, debido a que el régimen jurídico de actos y contratos determina al alcalde como representante legal del ente territorial y de la institución de salud a su cargo.

Ante éste inconveniente surge la posibilidad de reestructurar el Centro de Salud del municipio en Empresa Social del Estado, para ello se hace necesario adelantar un estudio que garantice la solvencia y sostenibilidad financiera de dicha empresa de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Instituto Departamental de Salud de Nariño en su calidad de ente rector del sector salud en el departamento; además, se debe considerar que bajo el actual marco normativo el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud debe ajustarse al cumplimiento de estándares en capacidad tecnológica, suficiencia patrimonial y financiera y capacidad técnico administrativa tal como lo establece el Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002.

En tal sentido, es preciso desarrollar el estudio de variables económicas que determinen la suficiencia y movilidad de recursos financieros en el corto, mediano y largo plazo para organizar una estructura técnico administrativa acorde a los requerimientos de servicios de salud demandados por la comunidad, con el propósito de incrementar los niveles de calidad y cobertura en la atención.

Para el avance sistemático de esta investigación se ha de responder a interrogantes como ¿Cuáles son los servicios que la Empresa Social del Estado debe prestar para satisfacer las necesidades de la población?, ¿Son adecuados los aspectos técnicos existentes en el Centro de Salud del municipio de Pupiales para la creación de la Empresa Social del Estado?, ¿Cuáles son las implicaciones financieras de la conformación de la Empresa Social del Estado? y ¿Es conveniente financiera y socialmente la reestructuración del centro de salud municipal en Empresa Social del Estado como alternativa para mejorar la calidad?

2. JUSTIFICACIÓN

La salud es un aspecto muy importante en el desarrollo de la sociedad, humanamente toda persona es digna de gozar de un estado físico, mental y ambiental que garantice su normal desenvolvimiento y participación dentro de la comunidad a la cual pertenece para aportar a su desarrollo en aspectos sociales, económicos y culturales.

Como parte de sus funciones, el estado tiene la responsabilidad de atender a la población que lo requiera en instituciones fortalecidas administrativa, técnica y financieramente garantizando calidad en las actividades de promoción, prevención o rehabilitación de la salud; por esta razón, la presente investigación se realiza con un amplio sentido de cuestionamiento a la teoría neoliberal, con el fin de conocer sus limitaciones en aspectos que como el caso de la salud son de interés público y de amplio beneficio social; por eso, es importante abrir espacios para la generación de nuevas bases teóricas que reasimilen la función económica y social de un estado eficiente en la búsqueda de la equidad y la igualdad entendiendo dentro de este marco que la prestación de servicios de salud es un servicio de carácter social y no un negocio mas de la economía y que además el estado asuma de una manera responsable, organizada y participativa las competencias necesarias para impulsar el desarrollo de nuestros pueblos con un real conocimiento de las necesidades y prioridades socioeconómicas de la comunidad, las cuales se constituyen como las grandes diferencias y limitaciones que contradicen la globalización económica.

En términos prácticos, en este proyecto se busca que mediante la aplicación de las herramientas de la teoría económica utilizadas para la formulación y evaluación de proyectos se pueda determinar la conveniencia social, económica y financiera del proceso de reestructuración del Centro de Salud del Municipio de Pupiales en Empresa Social del Estado (ESE) y así demostrar bajo lineamientos científicos la capacidad que tiene esta institución “pública” para funcionar de manera autónoma certificando la disposición técnica, científica, humana, financiera y material para prestar servicios de salud con oportunidad, calidad y eficiencia.

Por otra parte, la autonomía administrativa y financiera de esta institución se puede catalogar como un gran adelanto para la población del municipio, debido a que este tipo de instituciones se caracterizan por brindar espacios a la comunidad para participar en el diseño de una institución altamente funcional a la demanda social y su carácter organizacional le otorga flexibilidad para adaptarse a las exigencias del actual mercado de la salud.

El proyecto también tiene la finalidad de promover el fortalecimiento del Sistema Integral de Información en Salud, que además de contribuir metodológicamente al cumplimiento de los objetivos del estudio facilitando la consecución y tratamiento de la información necesaria para el desarrollo investigativo, se hace supremamente importante la incorporación de esta plataforma informativa en la Empresa Social del Estado para facilitar

la toma de decisiones gerenciales pertinentes para el manejo eficiente de los recursos de la salud y promover de esta manera la oferta informativa necesaria para apoyar la transparencia de la gestión pública.

Finalmente, se realiza esta investigación con el fin de comprobar y dar a conocer ante las autoridades departamentales, municipales y comunitarias competentes dentro de este proceso, que financieramente esta institución se verá fortalecida al constituirse como Empresa Social del Estado, con base en un incremento sustancial en sus ingresos por venta de servicios, recursos necesarios para fortalecer el sistema de garantía de la calidad y de esta manera iniciar un proceso de desarrollo institucional con miras a alcanzar el cumplimiento de normas, técnicas, métodos y procedimientos establecidos en el Sistema Único de Acreditación para alcanzar un nivel superior de calidad en la prestación de servicios de salud basado en la conformación de una estructura organizacional de gestión hospitalaria competitiva y socialmente eficiente para seguir contribuyendo al desarrollo de la comunidad del municipio de Pupiales y de la región.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la capacidad económica, técnica y financiera del Centro de Salud el Municipio de Pupiales para reestructurarse en Empresa Social del Estado en el año 2003, con el fin de mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud en el primer nivel de complejidad para la comunidad del municipio de Pupiales mediante la aplicación de las herramientas instrumentales y analíticas de la teoría económica.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar el mercado de la salud para determinar los servicios que la Empresa Social del Estado debe prestar a la comunidad.
- Analizar la capacidad técnica del proceso de reestructuración en variables como tamaño, localización, proceso operativo, equipos, instalaciones y organización requerida para la operación de la empresa.
- Realizar el estudio financiero del proyecto.
- Evaluar la rentabilidad social y financiera de la reestructuración del Centro de Salud del municipio de Pupiales en Empresa Social del Estado.
- Proponer estrategias para fortalecer el proceso de creación de la Empresa Social del Estado.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO TEÓRICO

4.1.1 Hacia una eficiente participación del Estado.

El papel del Estado dentro de los postulados económicos impulsados desde la CEPAL, es fundamental dentro del proceso estratégico de desarrollo promovido a partir de la década de los cincuentas, dicha participación se hace necesaria para fortalecer la producción interna, equilibrar la estructura de los países latinoamericanos ante el mercado exterior y mediante una política social beneficiar a las clases sociales mas oprimidas³.

Claramente el estructuralismo planteo que a pesar de la necesidad de la intervención estatal, la iniciativa privada debe contribuir paralelamente al desarrollo económico y en la práctica quedó demostrado que la ruptura de ese equilibrio hacia una excesiva intervención pública ocasionaría una crisis económica, política y social como la presentada durante la década de los setentas; fenómeno con el cual la historia económica de latinoamericana forjo las bases para la introducción de una nueva iniciativa económica que desvirtúa la participación del estado y se fundó de esta manera los argumentos pragmáticos necesarios para que la doctrina neoliberal surja como la nueva alternativa.

Este enfoque, sustentado en las bondades del mercado como fuerza del crecimiento económico, imperante en la sociedad actual; ha demostrado no cumplir con las perspectivas económicas trazadas desde la concepción del desarrollo; ni la liberación del comercio exterior, ni la desregulación del sistema de precios, tampoco la visión “reduccionista” del tamaño del estado, ni la privatización y la desregulación de los mercados han contribuido hasta la fecha a solucionar los problemas del pueblo latinoamericano; demostrado así que esta teoría se asemeja a un embudo que filtra en favor de “unos” las bondades que profesa o al menos queda muy cuestionada su aplicación.

La teoría neoliberal enseña que el juego de la libre competencia es la mejor alternativa para buscar el bienestar y que las distorsiones en el mercado se originan por la intervención del Estado benefactor, de esta manera se fundamenta una lucha arraigada por controlar su “tamaño” y por desaparecer las instituciones públicas que participan en la producción de bienes y servicios.

Al respecto José Manuel Salazar dice que lo importante dentro de este debate es “analizar la capacidad del Estado en las empresas públicas, su poder regulador de los mercados, su

³ SALAZAR XIRINACHS, José Manuel. El papel del estado y el mercado en el desarrollo económico. En : SUNKEL, Oswaldo. El desarrollo desde dentro: Un enfoque neoestructuralista para América Latina. México: Fondo de cultura económica, 1995. p. 457.

capacidad para alterar los incentivos económicos y los mecanismos y procesos institucionales de toma de decisiones”⁴, antes que buscar determinar cual es el tamaño óptimo del mismo con base en indicadores no relacionados con el desarrollo económico y social*.

Para el caso de las empresas públicas, la crítica neoliberal de la ineficiencia ha sido el pilar donde se fundamenta el fenómeno de la privatización, concebida bajo un análisis estrechamente reducido a los principios de la rentabilidad financiera que no refleja la actividad social de las mismas o su contribución a la solución de los problemas que afectan a sus benefactores; es decir, no irradia los resultados de su cometido estatal. En la práctica y menospreciando esta argumentación, han sido muchas las empresas públicas que a pesar de mostrar niveles de rentabilidad en términos aceptables, se privatizaron agudizando el problema de la concentración de la riqueza o se traslada el monopolio del estado a un monopolio privado que teóricamente menoscaba la eficiencia de la economía en su conjunto⁵.

Anteriormente se mencionó que la tendencia neoliberal no ha contribuido al desarrollo de la región, el caso ecuatoriano o más recientemente la crisis argentina son muestras del desbarajuste ocasionado por la aplicación de este modelo y tras estos problemas la deuda social ha crecido en igual proporción a la expansión del pensamiento económico neoliberal por los países en proceso de desarrollo con la rigidez de una teoría universal; es conmovedor considerar que ni siquiera existe respeto por el propio pensamiento y la libertad de los pueblos para liderar su desarrollo; en América Latina por ejemplo, a pesar de existir una enorme riqueza conceptual de pensamiento, la política económica ha tomado otro rumbo y se encamina al desarrollo de las “recomendaciones” de los organismos multilaterales fieles protectores del modelo.

Parece que el nuevo pensamiento latinoamericano ha desaparecido o está supeditado en los anaqueles de la historia económica de la región, pero es preciso retomar una alternativa originaria y nacida de la propia visión de nuestra problemática.

En tal sentido, se comulga con los postulados del neoestructuralismo para reafirmar la participación estatal en funciones propias de su institucionalidad como la provisión de bienes públicos, funciones básicas de proporcionar infraestructura, salud, educación y vivienda, como también contribuir al fortalecimiento y participación del aparato productivo en la economía.

⁴ *Ibíd.*, p. 471.

* La ley 617 de 2000 considerada como parte integral del paquete de reformas incluidas en el acuerdo extendido firmado por el pasado gobierno con el Fondo Monetario internacional, es un ejemplo de la ferviente búsqueda de disminuir el tamaño del Estado colombiano.

⁵ SALAZAR, *Op.cit.*, p. 468.

Bajo esta perspectiva, es preciso resaltar el aporte propuesto por los teóricos latinoamericanos para redefinir un Estado funcional a la estrategia del “desarrollo desde dentro”; por ejemplo, la incorporación de una tesis valiosa para la construcción de un nuevo modelo de desarrollo; como lo hace Juan Manuel Salazar al retomar los aportes de John Kay quien afirmaba que:

La visión de que es posible confiar en las fuerzas del mercado irrestrictas conduzcan al mejor de todos los mundos posibles es tan ingenua como la expectativa de que si los mercados son suprimidos, reguladores altruísticos omniscientes y sobrehumanos alcanzarían el mismo resultado. La realidad es que tanto las fallas del mercado como las fallas del gobierno son endémicas en las economías modernas. Es una tontería señalar una en vez de la otra, o argumentar sobre cual es más importante. El reto en términos de política es desarrollar instituciones que resuelvan las fallas del mercado y que a la vez escapen de, o minimicen el campo para, las fallas de la regulación⁶.

Con ello se plantea el fundamento teórico neoestructural que busca que tanto el mercado como la participación del Estado sea funcional al requerimiento o demanda de la sociedad, haciendo de esta el centro de atención de la economía en su conjunto.

Es decir, se hace necesario rescatar al ser humano de la categorización simplemente consumista a la cual la teoría neoliberal lo ha reducido. El humano como ser social, como actor de su propio desarrollo debe ser el determinante del sistema económico y no el sujeto determinado por una economía alienante; esto se puede lograr con la participación del no individuo, sino del miembro activo de una riqueza institucional que lo asocia o colectiviza, la riqueza del “capital social”.

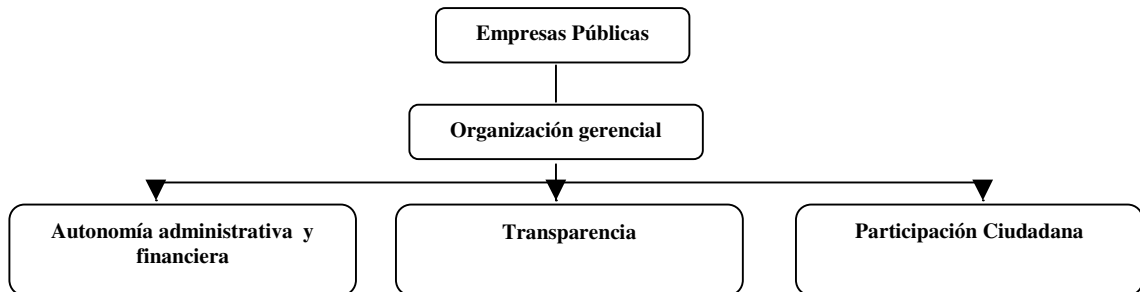
Finalmente, el llamado del pensamiento neoestructuralista se centra hacia el mejoramiento de la eficiencia y la gestión de las empresas públicas, con la incorporación de estrategias que amplíen el horizonte operacional de las mismas, como resultado de una iniciativa gerencial dinámica y flexible hacia la demanda real de la sociedad; además, la autonomía dentro del campo financiero y administrativo se concibe como una variable aliciente al desarrollo de una política institucional de fortalecimiento empresarial; forjando una estructura administrativa, operativa y comercial al servicio del usuario; finalmente, la transparencia y los sistemas de participación ciudadana se considera el eslabón entre la visión empresarial y los resultados que el pueblo quiere recibir, esto según el neoestructuralismo se convierte en el “mejor mecanismo de control de la calidad en la gestión y los servicios”⁷ (Figura 4).

⁶ SALAZAR, Op.cit., p. 479.

⁷ Ibid., p. 489.

4.1.2 Economía en la oferta pública de servicios de salud. La incorporación del un criterio social en el proceso de análisis de la enfermedad como condición adversa a la salud, presentado en las bases del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud⁸ impulsado por COLCIENCIAS, invita a emprender una cooperación conceptual de las ciencias sociales para abordar el problema de la salud desde una óptica integral en los procesos de generación, promoción y recuperación de la salud.

Figura 4. Principios neoestructurales para la gestión eficiente



En este sentido, se a definido a la economía de la salud como una rama especializada en la “aplicación de las teorías y conceptos económicos a los procesos de formación de demandas, generación y estructuración de ofertas y evaluación costo-beneficio en la atención de la salud”⁹ constituyéndose de esta manera en una herramienta clave para apoyar los procesos de investigación que conducen al mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

Para los fines planteados en este proyecto se tiene en cuenta los criterios relacionados con el análisis de las formas organizativas de la prestación de servicios de salud y su contribución al cumplimiento de los principio de equidad, eficiencia y calidad.

En este sentido y teniendo en cuenta los postulados teóricos del neoestructuralismo descritos anteriormente, se puede plantear como un fundamento rector y orientador del desarrollo investigativo de este proyecto que los servicios de salud a cargo del Estado deben redefinirse a una organización que cumpla abiertamente con los principios básicos de gestión y de mejoramiento de la eficiencia en las empresas publicas y que el análisis teórico e instrumental proveído por la ciencia económica sea el soporte fundamental de una organización consolidada que garantice la calidad y satisfacción para los usuarios de la salud mediante un amplio fortalecimiento financiero de la institución que permita la disponibilidad del personal idóneo, equipos, materiales y suministros, mantenimiento e infraestructura funcional a un procesos de producción con calidad.

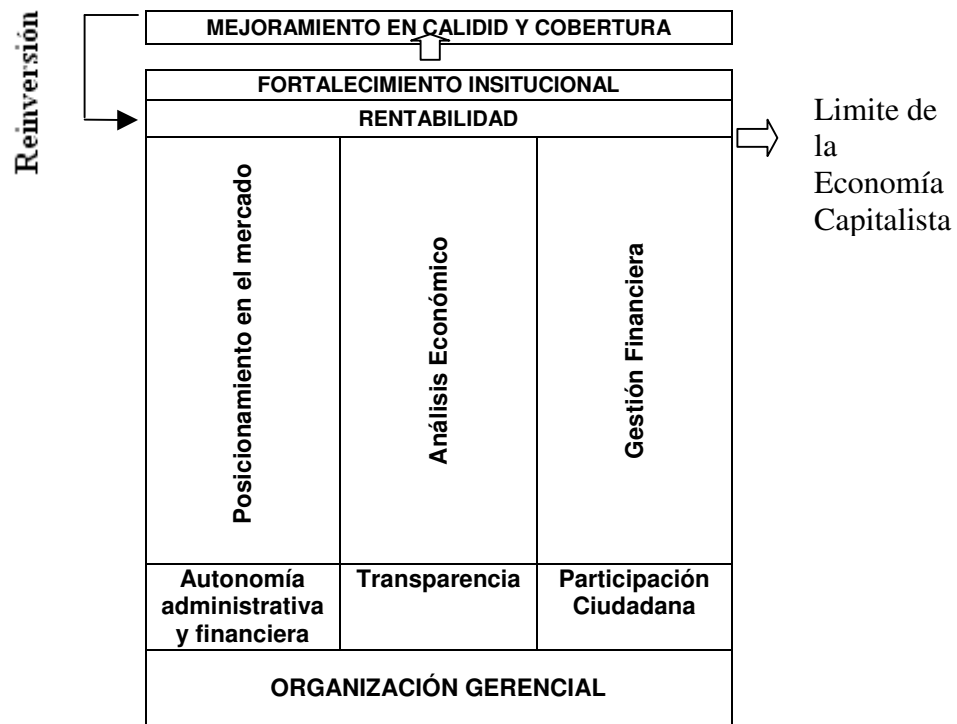
⁸ INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL DESARROLLO DE LA CIENCIA Y LA TECNOLOGIA FRANCISCO JOSE DE CALDAS. Salud para la calidad de vida: Bases de un plan del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Bogotá: Tercer Mundo, 1993. p. 165.

⁹ ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD. Análisis económico y social en salud. [en línea]. Mar. 2002. [Citado 15 de Sep, 2003]. Disponible en internet: <URL:http://www.per.ops-oms.org/areas_03.html.>

El soporte teórico para esta propuesta recae sobre la necesidad de incorporar elementos de la gestión financiera y la evaluación social para inferir en la conformación de una organización de carácter público que se sirva de las técnicas utilizadas en la empresa privada como estrategia para participar en un mercado tendiente a la competencia perfecta, con el fin de obtener una rentabilidad y alcanzar los niveles de eficiencia reportados por el sector privado haciendo que los ingresos operacionales sean mayores a los costos de producción y los gastos administrativos de la empresa pública, generando un ahorro operacional que contribuya al desarrollo institucional de la organización mediante la obtención de una utilidad que por el hecho de ser reinvertida en su totalidad dentro de los componentes organizacionales contribuye al mejoramiento y expansión de los servicios prestados a la comunidad.

Esto se convierte en el fin institucional de las empresas pública, posesionarse con servicios de calidad en su mercado o área de influencia, ser eficientes e incorporar al proceso productivo los rendimientos operacionales como una utilidad que se distribuye para toda la sociedad en función de sus necesidades (Figura 5); todo este andamiaje teórico es la base para presentar un nuevo sistema económico capaz de incrementar la eficiencia global de la economía, que no excluya política, social o económicamente a el usuario final del producto o servicio, sino que lo incorpore en su condición de miembro social a un círculo virtuoso que canaliza los esfuerzos productivos y sociales para construir una sociedad mas digna y respetuosa por los derechos fundamentales del ser humano en este caso gozar de una vida saludable.

Figura 5. Edificio de la sostenibilidad de la empresa pública.



4.1.3 El mercado de la salud. Las Empresas Sociales del Estado están creadas bajo la ley con el objeto de prestar servicios de salud de carácter público teniendo en cuenta las necesidades que posea una población, es decir este tipo de instituciones participan dentro de un mercado.

“El termino mercado esta definido como una estructura económica constituida por personas y organizaciones con necesidades comunes que poseen poder adquisitivo que les permite comprar y por otra parte aquellas que están interesadas en producir y vender los bienes y servicios objeto de necesidad de los primeros”¹⁰.

Para el caso de la salud en Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)¹¹ define los actores integrantes de este sector; En primera instancia se encuentran los organismos de dirección, control y vigilancia como los Ministerios de Salud y Trabajo, el Concejo Colombiano de Seguridad Social en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, La Contraloría General de la Republica y Contralorías Regionales y los organismos que conforman el Ministerio Público; de esta manera el Estado busca intervenir en la formulación y seguimiento de las políticas de aseguramiento y prestación de servicios de salud.

En segundo lugar se define los organismos de administración y financiación del sistema, como las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) para afiliar a los usuarios que pueden cotizar al sistema o sean beneficiarios de un subsidio de salud, garantizándoles suministrar el Plan Obligatorio de Salud (POS); Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de salud quienes de acuerdo a las normas que en materia de competencias establezca la ley tienen las funciones de dirección y organización de los servicios de salud y el Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA) que es un fondo creado como cuenta especial adscrita al Ministerio de Salud constituido por cuatro subcuentas independientes como lo son: de compensación interna del régimen contributivo, de solidaridad del régimen subsidiado en salud, de promoción en salud y de seguro de riesgos catastróficos y accidentales de tránsito.

También son integrantes del sistema los Prestadores de Servicios de salud de carácter público, mixto o privado; para este caso el articulo 2 del decreto 2309 de 2002 define como prestadores de servicios de salud a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) entendidas como aquellas que cuentan con infraestructura, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes; quienes tienen la función de prestar servicios de salud de acuerdo a su nivel de complejidad con principios de calidad y eficiencia, con autonomía administrativa, técnica y financiera según lo establece la ley 100 de 1993.

¹⁰ CONTRERAS BUITRAGO, Marco. Formulación y evaluación de proyectos. Bogotá: Unad, 2002. p. 99.

¹¹ CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993 : Sistema de Seguridad Social Integral. Bogotá : Lito impresores, 2002. p. 97.

Finalmente para completar el mercado de la salud se encuentran los usuarios del sistema; en este sentido, la ley 100 de 1993 estipula que todo colombiano participara en el servicio público esencial distinguiendo diferentes tipos de participación de los usuarios; entre ellos están:

- Los afiliados al régimen contributivo son aquellos que por su condición de contratistas de trabajo, servidores públicos, pensionados, jubilados y trabajadores con capacidad de pago financian directamente y por el empleador una cotización o aporte económico previo; según las normas del régimen dicho aporte no podrá ser mayor al 12% del salario base de cotización el cual debe ser mayor o igual al salario mínimo.
- Los afiliados al régimen subsidiado que son personas pobres y vulnerables sin capacidad de pago para cotizar al régimen contributivo las cuales serán subsidiadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Las personas vinculadas al sistema, calidad dada a las persona sin capacidad de pago hasta que sean beneficiarias del régimen subsidiado, para quienes el Estado garantiza la prestación de servicios de salud en las instrucciones bajo su administración o en las privadas con las cuales haya suscrito contrato.
- A pesar de que la ley 100 de 1993 establece que la afiliación a los dos regímenes de salud debe ser universal, existen personas que participan en el sistema como particulares; es decir, financian con sus propios ingresos los servicios de salud que requieran directamente en el momento de su prestación.

De esta manera esta organizado el mercado de la prestación de servicios de salud, si se tiene en cuenta a la definición preliminarmente planteada se puede determinar que los agentes con necesidades comunes o demandantes del sistema son los usuarios que requieren servicios de salud, las Entidades Promotoras de Salud y las Administradoras de Régimen Subsidiado que garantizan la prestación de servicios a sus afiliados sean contribuyentes o subsidiados, el Municipio quien debe contratar la atención a las personas pobres no afiliadas al sistema y la ejecución de los programas de salud pública con los Prestadores de Servicios de Salud quienes se constituyen como los encargados de producir los servicios demandados, es decir los oferentes.

La capacidad de pago por parte de la demanda esta constituida por la Unidad de Pago por Capitación que es aporte que recibe la Administradora del Régimen Subsidiado establecida periódicamente por el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud, las Empresas Promotoras de Salud se financian con los aportes de los afiliados de los cuales el 8% paga el empleador y el 4% restante el trabajador la cual garantiza para el afiliado y para su familia en el caso del Régimen Contributivo el Plan de Salud Obligatorio (POS) que es un “régimen de beneficios establecidos para la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y

prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todas las patologías”¹²; además, los afiliados están en la obligación de contribuir en la financiación de la prestación de servicios de salud asumiendo el pago de cuotas moderadoras o copagos de acuerdo a lo que la ley disponga; las cuotas moderadoras son dineros que cancelan los afiliados cada vez que utilizan los servicios de salud según el nivel socioeconómico al que pertenezcan con el objetivo de contribuir a la financiación del sistema y hacer un uso racional de los servicios.

Para el caso de las personas vinculadas la ley 715 de 2001 en el artículo 49 establece la distribución de los recursos para garantizar su atención, estos recursos son el resultado sustraer al total de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud, el monto asignados para financiar el subsidio a la demanda y las acciones en salud pública y asignados a los entes territoriales mediante la aplicación de los factores distributivos que esta ley determina.

En cuanto a los precios el Sistema General de Seguridad Social en salud ha establecido que el valor de los servicios de salud se establecerá de acuerdo a una tarifa nacional reglamentada por la ley y por lo tanto no son determinados por la interacción de la oferta y la demanda.

En este orden de ideas, se puede evidenciar que la organización que hace la ley para el sector salud tiene un alto componente de intervención estatal puesto que normativamente se establece que se produce, quien está autorizado para producir y quien y cuánto se consume de acuerdo a unas tarifas establecidas.

En síntesis, el mercado de la salud para una Empresa Social del Estado en el ámbito municipal se lo puede considerar gráficamente como lo muestra la Figura 6.

4.1.4 La calidad en la prestación de servicios de salud. Anteriormente desde la perspectiva neoestructuralista se definió que la participación de los usuarios en procesos de control, vigilancia y concertación promovida por un alto componente democrático inducido por las empresas públicas para otorgar participación en la definición de las características de los productos que se necesita, es un mecanismo eficaz para el control de la calidad.

Paralelamente a esta visión el médico Braulio Megía García (Universidad de Antioquia) en su libro Auditoría médica define la calidad en la prestación de servicios de salud como la aplicación de normas, procedimientos y técnicas encaminadas a la satisfacción de las necesidades; en sus palabras, “la percepción del cliente es la que determina la excelencia del servicio”¹³.

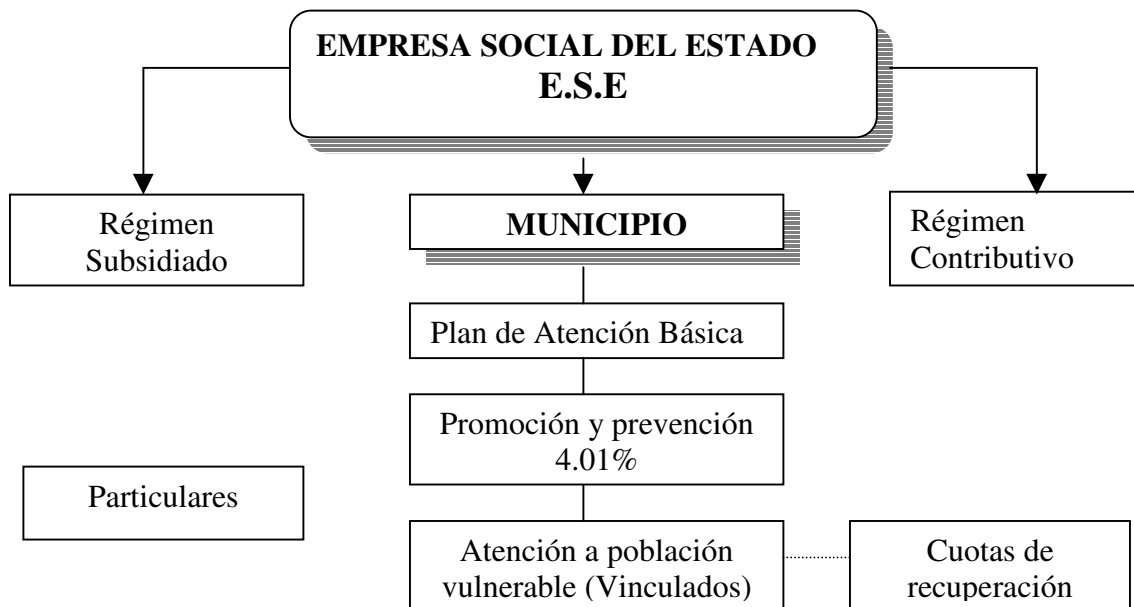
La calidad en la prestación de servicios de salud se asocia también con la garantía que tiene el paciente de recibir la atención necesaria para disfrutar de un estado físico, mental y

¹² *Ibíd.*, p. 107.

¹³ MEGIA GARCIA, Braulio. Auditoría médica: Para la garantía de la calidad en salud. Bogotá : Ecoe Ediciones, 2000. p.5.

ambiental que le permitan disfrutar de un nivel de vida acorde a su calidad de ser humano miembro de un grupo social.

Figura 6. Estructura del mercado de la salud a nivel municipal.



El decreto 2309 de 2002 define a la calidad en la prestación de servicios de salud como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario¹⁴; esta norma también establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud deben cumplir unas condiciones básicas en aspectos capacidad tecnológica y científica, el cumplimiento de niveles de suficiencia patrimonial y financiera de la institución para establecer la capacidad de funcionamiento y el cumplimiento de las obligaciones que contraigan con sus proveedores; finalmente se encuentran las condiciones de capacidad técnico administrativas.

Al respecto el anexo técnico de la Resolución número 001439 de 2002 determina los estándares que se deben cumplir dentro del proceso de verificación de las condiciones de habilitación de los prestadores de servicios de salud; para este proceso de reestructuración del centro de salud del municipio de Pupiales es importante tener en cuenta estos parámetros para mantener y mejorar los requisitos establecidos por esta norma; por ello esta guía metodológica definida por el Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en

¹⁴ PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Decreto No. 2309 de Octubre de 2003: Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [en línea]. [Bogotá, Colombia]. [Citado 18 de Ago, 2003]. Disponible en Internet: <URL: http://www.disalter.info.desastres.net/desplazados/legislación/decreto2309_2002_ogc.htm.>

Salud, se convierte en un instrumento básico para definir la estructura funcional, económica y administrativa de la nueva institución.

En tal sentido, se establece que económicamente se debe responder a la necesidad de proporcionar cuantitativa y cualitativamente los elementos indispensables para la prestación de servicios de salud, como instalaciones adecuadas, equipos, materiales, y personal que mediante procesos básicos definidos institucionalmente se combinan para prestar un servicio que busca mejorar las condiciones de salud de un paciente.

4.1.5 ¿Qué es una Empresas Sociales del Estado?. Este tipo de empresas están reglamentadas en capítulo tercero de la Ley 100 de 1993, las Empresas Sociales del Estado se definen como una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa creadas para prestar servicios de salud por parte del Estado.

Se rige bajo los principios de *eficiencia*, definida en el Decreto 1876 de 1994 como “la mejor utilización de los recursos técnicos, materiales, humanos y financieros” encaminados a mejorar las condiciones de vida de la población objeto de su actividad y *calidad* como una “atención efectiva, personalizada, *humanizada*, continua”; que cumpla con la normatividad espedida para tal efecto.

Su función es la prestación de los servicios de salud que la población necesite, para ello se debe tener muy en cuenta la demanda social y la capacidad económica de la institución para participar en el mercado con calidad; para estas organizaciones se ha establecido la necesidad de generar espacios de participación comunitaria.

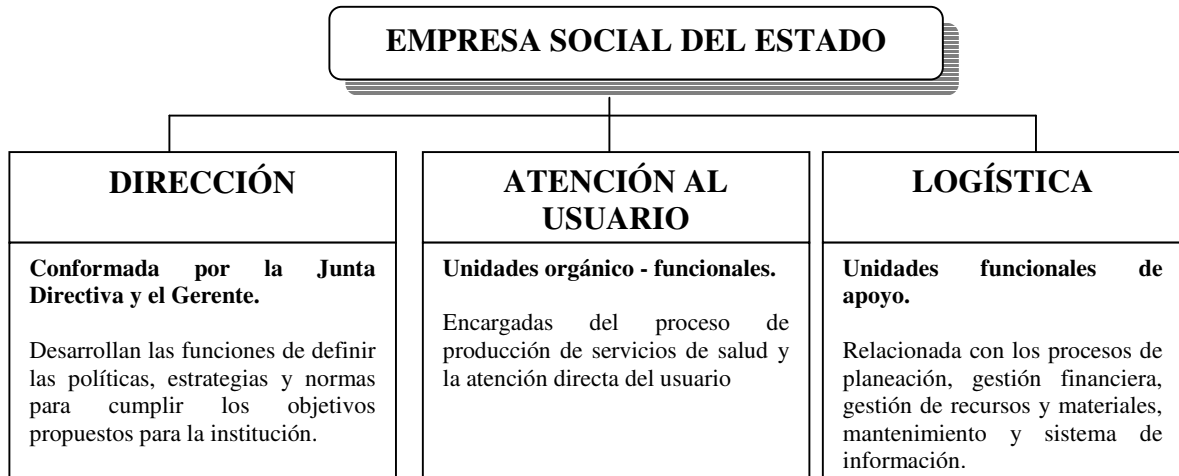
Para la organización de las Empresas Sociales del Estado normativamente se ha señalado la implementación de tres áreas fundamentales como la Dirección, Atención al usuario y Logística (Figura 7).

La Junta Directiva es la máxima autoridad de la institución, en su conformación participan el sector político administrativo, en este caso el Secretario de salud municipal por derecho propio y un delegado del alcalde municipal; una tercera parte representará al sector científico de la salud y una parte final en representación de la comunidad y los gremios legalmente constituidos; es importante resaltar la inclusión de mecanismos democráticos en esta conformación sin desconocer lo dispuesto legalmente.

Para los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado a nivel Departamental y Municipal en el primer nivel de atención, los requisitos son: ser profesional en áreas de la salud, postgrado en Administración o Gerencia Hospitalaria, en Economía de la salud o disciplinas administrativas, no hallarse incurso en incompatibilidades o inhabilidades

señaladas por la ley y demostrar experiencia profesional en instituciones de salud por un período mínimo de dos (2) años¹⁵.

Figura 7. Organización de las Empresas Sociales del Estado.



Fuente: Decreto 1876 de 1994.

Jurídicamente estas empresas combina la aplicación del derecho público para el régimen de actos y el derecho privado para la contratación, esta medida otorga flexibilidad en el actuar económico de la empresa en un mercado exigente y tendiente a la competencia perfecta, mas practico económicamente hablando que los procesos de contratación pública; para la gestión financiera de la empresa se establece la obligatoriedad de ceñirse a lo dispuesto en el decreto 111 de 1996 o ley orgánica de presupuesto público.

4.2 MARCO CONCEPTUAL.

Administradoras del régimen subsidiado. Son entidades acreditadas por los organismos de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con personería jurídica, capacidad técnica y financiera para administrar los recursos del Régimen Subsidiado; pueden ser Empresas Solidarias de Salud (ESS), Cajas de compensación Familiar (CCF) o Empresas Promotora de Salud (EPS) conformadas para administrar el Régimen contributivo y que adicionalmente organicen programas especiales de gestión del Régimen Subsidiado.

Calidad en salud. Provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

¹⁵ PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Decreto 1876 de 1994. [en línea]. [Bogotá, Colombia]. Feb. 2002. [Citado 26 de Jul, 2003]. Disponible en Internet: <URL:http://www.metrosalud.gov.co/resolucionesweb/dto1876_94.doc>

Calidad, garantía de la. Certificación que tiene cada paciente de recibir atención diagnóstica o terapéutica indicada para alcanzar un resultado óptimo y la máxima satisfacción del usuario.

Centro de salud municipal. Para esta investigación el Centro de Salud Municipal se entiende como la institución con la cual el municipio había asumido la prestación de servicios de salud a la comunidad; incluye también los puestos de salud situados en el corregimiento de José María Hernández y las veredas de El Común y Pusialquer.

Concejo nacional de seguridad social en salud. Es un organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adscrito al Ministerio de Salud, de carácter permanente, encargado de la concertación entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sus decisiones serán obligatorias, podrán ser revisadas periódicamente por el mismo consejo y deberán ser adoptadas por el Gobierno Nacional.

Cuotas moderadoras o copagos. Son sumas de dinero que cancelan los afiliados y beneficiarios cada vez que utilizan los servicios con el fin de ayudar a financiar el sistema y hacer uso racional de los servicios.

Descentralización (administrativa). Es la distribución de competencias entre los diferentes niveles de la administración, siguiendo en lo posible el criterio de la prestación de los servicios correspondientes al municipio, el control de dicha prestación a los departamentos y la definición de planes, políticas y estrategias a la Nación (Ley 489 de 1998).

Ejecución directa. El gasto que hace el ente territorial para cubrir los gastos de funcionamiento de la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) bajo su responsabilidad, con cargo a los recursos que trasfiere la nación mediante el Sistema General de Participaciones; léase también transferencia directa.

Entidades promotoras de salud. Son organizaciones responsables de la afiliación, el riesgo de sus afiliados, además del recaudo de las cotizaciones del Régimen Contributivo y del giro de la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de pago por capitación al Fondo de Solidaridad y Garantías FOSYGA.

Empresa social del estado (ESE). Es una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa; creadas para prestar servicios de salud.

Fondo de solidaridad y garantías (FOSYGA). Es una cuenta especial adscrita al Ministerio de Salud manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia (Decreto 1896 de 1994)

Fondo local de salud. Cuenta especial del presupuesto municipal creada para manejar los recursos del sector salud, separada de las demás rentas del ente territorial, con unidad de caja, manejo contable y presupuestal independiente que permita identificar el origen y destinación de los recursos de cada fuente.

Fortalecimiento institucional. Inversión realizada en programas de ampliación y construcción de infraestructura, dotación de equipos y materiales, capacitación, investigaciones y otros, con el fin de garantizar el buen funcionamiento de la institución prestadora de servicios de salud.

IPS. Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Neoestructuralismo. Corriente del pensamiento económico latinoamericano, se fundamenta en la estrategia del desarrollo endógeno, sustentable y sostenido; basado en un adecuado nivel de acumulación, justicia social, accesos a un nivel de vida decente, la participación del pueblo en las instituciones del gobierno con el fin de garantizar la supervivencia sin comprometer el bienestar de las futuras generaciones.

Oferta real. Consiste en determinar el número de atenciones reales que efectivamente presta cada uno de los servicios que se está analizando un determinado período. Esta información se debe obtener de los registros estadísticos de las instituciones o del Sistema de Información en Salud (SIS).

Oferta teórica. Consiste en determinar el número de atenciones totales anuales que está en capacidad de prestar un determinado servicio de una institución de salud en condiciones normales de operación y en su jornada habitual de trabajo, es decir cuando cuenta con el área (infraestructura), la dotación y el recurso humano apropiado.

Plan obligatorio de salud (POS). Son los beneficios establecidos para la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todas las patologías.

Población pobre por atender. la población identificada como pobre por el sistema de identificación de beneficiarios que defina el CONPES, no afiliada al Régimen Contributivo o un régimen excepcional, ni financiada con recursos de subsidios a la demanda; léase también personas vinculadas o población pobre no cubierta con subsidio a la demanda (Ley 715 de 2001).

Prestación de servicios de salud. Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios de aseguramiento y las actividades, procedimientos e intervenciones que se prestan a toda la población para mejorar su estado de salud.

Régimen contributivo. Conjunto de normas que rigen la vinculación de individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS a través de un aporte

económico del afiliado si es pensionado o trabajador independiente o en concurrencia entre éste y su empleador.

Régimen subsidiado. Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del pago de una cotización subsidiada con recursos que la nación asigna para tal fin.

Sistema integral de información en salud. Es el conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos físicos, lógicos y financieros, que interrelacionados registran, procesan, almacenan, recuperan y distribuyen información para soportar la operación, la toma de decisiones y el control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). Es el mecanismo mediante el cual el Estado garantiza el derecho que tienen todas las personas a protegerse integralmente contra los riesgos que afecta su condición de vida en especial aquellos que atentan contra la salud y la capacidad económica con el fin de lograr el bienestar individual y de toda la comunidad.

Sostenibilidad. Cumplimiento de las condiciones que posibiliten la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano y largo plazo, su competitividad dentro del área de influencia, la liquidez y respaldo a las obligaciones causadas por su actividad operacional y administrativa.

Unidad de pago por capitación (UPC). Es el valor con el cual se financia la atención de cada uno de los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud.

4.3 MARCO LEGAL

4.3.1 Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de salud y se dictan otras disposiciones.

4.3.2 Ley 100 de 1993. Bajo esta norma se define y organiza Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad y participación comunitaria.

El numeral cinco (5) del artículo 153 establece: “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”.

El artículo 155 determina los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Capítulo tercero define el Régimen de las Empresas Sociales del Estado: Naturaleza, Régimen jurídico y el artículo 197 establece: “Las entidades territoriales deberán disponer, dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de vigencia de esta ley, la reestructuración

de la entidades descentralizadas cuyo objeto principal se la prestación de servicios de salud con el fin de adecuarlas a los dispuesto en este capítulo”.

4.3.3 Decreto 1757 de 1994. Establece las formas de participación ciudadana en la prestación de servicios de salud, la implementación de mecanismos para recibir las demandas, inquietudes y quejas que tengan los usuarios y determina la creación de comités de ética, con la participación de la comunidad para mejorar la prestación de servicios de salud.

4.3.4 Decreto 1876 de 1994. Reglamenta las Empresas Sociales del Estado como su naturaleza jurídica, objeto, objetivos, estructura organizacional, la conformación de la Junta Directiva, requisitos para los gerentes, régimen jurídico, vigilancia y control de estas instituciones.

4.3.5 Resolución 5261 de 1994. Define la calidad en la prestación de servicios de salud como: “A) Calidad de la atención es un conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención en salud que se prevea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludable y a un costo que se social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. Sus características son oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, integridad, humanización, información, transparencia, consentimiento, y grado de satisfacción de los usuarios”.

4.3.6 Decreto 1298 de 1994. Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4.3.7 Decreto 2174 de 1996. Define las características de la calidad en la atención en salud y establece los componentes de un sistema de garantía de la calidad como el cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud, diseño y ejecución de un plan de mejoramiento de la calidad, desarrollo de un sistema de información, procesos de auditoría médica y desarrollo de procesos para conocer el grado de satisfacción del cliente.

4.3.8 Decreto 139 de 1996. Establece los requisitos y funciones para los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado y directores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del sector público.

4.3.9 Ley 617 de 2000. En el artículo 14 establece: “Prohíbese al sector central departamental, distrital o municipal efectuar transferencias a las empresas de licores, a las loterías, a las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud”

4.3.10 Ley 715 de 2001. Establece el régimen de recursos y competencias y organiza la prestación de servicios de educación y salud.

El artículo 44 determina las competencias de los municipios en materia de salud en los siguientes términos generales: i) Dirección de sector en el ámbito municipal, ii) De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, iii) Salud pública.

El párrafo del artículo 44 establece: “Los municipios certificados a 31 de julio de 2001 que hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán continuar haciéndolo, si cumplen con la reglamentación que se establezca dentro del año siguiente a la expedición de la presente ley. Ningún municipio podrá asumir directamente nuevos servicios de salud ni ampliar los existentes y están obligados a articularse a la red departamental”

El Capítulo III determina la distribución de los recursos para salud.

En el artículo 49 se establecen la distribución de recursos para la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda y se define a la población pobre o por atender como “la población identificada como pobre por el Sistema de Identificación de Beneficiarios que defina el Conpes, no afiliada al régimen contributivo o a un régimen excepcional, ni financiada con recursos de subsidios a la demanda.

El artículo 48 dictamina sobre los aportes patronales de la siguiente manera: “Las sumas correspondientes a los recursos que las entidades territoriales y sus entes descentralizados, deben destinar como aportes patronales de los empleados del sector salud, que se venían financiando con los recursos del situado fiscal, deberán ser pagadas con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones de salud y deben ser giradas directamente por la Nación a los Fondos de Pensiones y Cesantías, Administradoras de Riesgos Profesionales y a las Entidades Promotoras de Salud a las cuales se encuentren afiliados los trabajadores”.

4.3.11 Decreto 2309 de 2002. Define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4.3.12 Decreto 027 de 2003. Reglamenta el párrafo del artículo 44 de la ley 715 de 2001, para verificar el cumplimiento de las condiciones que acrediten la capacidad de gestión de los municipios en el área de dirección y prestación de servicios de salud.

En este sentido, el numeral 2.2 del artículo primero establece: “Demostrar que la ejecución presupuestal de los recursos destinados a la prestación de servicios de salud del primer nivel de complejidad de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, se realiza mediante contratos de compraventa de servicios con instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas. Estos contratos deberán celebrarse teniendo en cuenta los lineamientos de carácter técnico que para el efecto expida el Ministerio de Salud y de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública contenido en la Ley 80 de 1993. En ningún caso la ejecución de estos recursos podrá efectuarse por transferencia directa”.

4.3.13 Decreto 050 de 2003. Por el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

4.3.14 Acuerdo 229 de 2002. Mediante el cual el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) define la proporción de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPC-S) que se destinará para la financiación de las acciones de promoción y prevención para el Régimen Subsidiado a cargo de las entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

En el artículo 6 se establece que “La prestación de las actividades, procedimientos e intervenciones definidas en el presente acuerdo a cargo de las entidades territoriales del orden distrital y municipal y su administración será financiada con el 4.01% de la UPC-S correspondiente al total de la población afiliada por la cual se reconoce la UPC-S en el área de su jurisdicción, exceptuando lo correspondiente a la población afiliada a las EPS y ARS indígenas”.

5. HIPÓTESIS DE TRABAJO

- La Empresa Social del Estado en el Municipio de Pupiales tiene la capacidad de prestar los servicios de salud que la comunidad demanda con niveles de calidad acordes a las expectativas del usuario y a la normatividad existente.
- La conformación de la Empresa Social del Estado es una estrategia fundamental para fortalecer financieramente la prestación de servicios de salud elevando el nivel de inversión en programas de desarrollo institucional.
- La organización de la Empresa Social del Estado (ESE) en el municipio de Pupiales es un mecanismo que permite mejorar la capacidad y la eficiencia de la gestión pública enfocada hacia el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud.

6. ASPECTOS METODOLÓGICOS

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El proceso de la conformación de las Empresas Sociales del Estado (ESE) es una iniciativa reglamentada en las leyes colombianas, la norma establece que las Empresas Sociales del Estado (ESE) a nivel territorial se conformarán como resultado de un proceso de reestructuración de las entidades que tengan por objeto social prestar servicios de salud.

En este sentido se hace necesario evaluar la estructura técnico económica de las instituciones que venían funcionando dentro del sistema de salud como prestadores de servicios identificando variables que demuestren su desempeño operativo y funcional dentro de su área de influencia, como por ejemplo los servicios presados, la calidad y cobertura de los mismos, su influencia al desarrollo entre otros.

De esta manera se pudo establecer que el tipo de estudio es de carácter descriptivo porque se busca identificar elementos que permitan conocer en que medida es recomendable la conformación de una Empresa Social del Estado en el municipio de Pupiales, basado en un estudio de las características técnico económicas del Centro de Salud municipal institución objeto de reestructuración.

6.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Para tener un claro conocimiento del objeto de investigación se hace necesario identificar los elementos que estructural y funcionalmente componen el análisis económico de una empresa (Cuadro 1); por ello el método de análisis y síntesis es muy práctico para determinar sistemáticamente cada uno de los componentes o categorías económicas que participan en el engranaje y marcha de una institución que participa dentro de un mercado específico.

Cuadro 1. Estructura de análisis económico de una empresa.

Mercado	Técnica	Finanzas	Resultados
Servicio	Tamaño	Inversiones	Valor presente neto
Usuario	Localización	Costos	Relación costo beneficio
Demanda	Proceso operativo	Proyecciones	Costo anual equivalente
Oferta	Obras físicas	Ingresos	Sensibilidad
Precios	Distribución en planta	Gastos	Incidencia en el entorno
Gestión comercial	Organización	Financiamiento	Rentabilidad Social
Insumos	Legislación	Estados Financieros	Impacto ambiental

MENDOZA A, Carlos. Metodología: Diseño y desarrollo del proceso de investigación. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana, 2002, p.149.

Además, este tipo de método permite inferir el análisis económico hacia un proceso de operación de las diferentes variables relacionadas tanto individual como grupalmente para orientar las bases analíticas de conformación y puesta en marcha de la Empresa Social del Estado a un modelo de gerencial basado en los procesos, brindando así una herramienta que permita conocer el entorno económico institucional y servir de instrumento de la planeación estratégica del desarrollo para la empresa.

6.3 FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para orientar esta tarea tan importante dentro del proceso de la investigación se tiene en cuenta la estructura analítica planteada anteriormente, en consecuencia las fuentes y técnicas se subdividen de acuerdo al grupo de categorías descritas en el Cuadro 1.

El mercado de la salud a nivel municipal se define como la base para analizar las variables que intervienen en el proceso de determinar la sostenibilidad económica de la Empresa Social del Estado como lo muestra el Cuadro 2.

Cuadro 2. Fuentes y técnicas para recolección de la información -categoría mercado.

Grupo	Categoría	Dato	Fuente	Técnica
Mercado	Servicios	Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S	Decreto 1895/94	Hermenéutica
		Característica de los servicios prestados.	Portafolio de servicios	Hermenéutica
	Usuario	Comportamiento demográfico	DANE	Análisis estadístico
		Nivel de aseguramiento	Subdirección del Régimen Subsidiado Pupiales	Análisis estadístico
	Demanda	Estudio de salud de la población	Plan Local de Salud	Hermenéutica
			Registros Hospitalarios (Estadística)	Análisis estadístico
		Recursos para financiar la salud	Hacienda municipal	Análisis estadístico
		Dinámica de prestación de servicios	Facturación	Análisis base de datos
	Oferta	Instituciones prestadoras de servicios de salud en el municipio	Registro de declaraciones de habilitación	Análisis estadístico
		Servicios declarados por la oferta	Registro de declaraciones de habilitación	Análisis estadístico
	Precios	Tarifas Soat	Norma	Hermenéutica
	Gestión comercial	Contratos de prestación de servicios	Dirección Centro de Salud municipal	Hermenéutica
		Publicidad	Dirección Centro de Salud municipal	Mercadeo
	Insumos	Proveedores autorizados	IDSN	Hermenéutica - Estadística
		Plan de compras	Dirección Centro de Salud municipal	Hermenéutica - Estadística

Con base en los resultados del estudio de mercado se puede estimar mediante un proceso de síntesis la estructura técnica necesaria para garantizar un eficiente desarrollo operacional de la institución; las variables e indicadores financieros necesarios para evaluar la rentabilidad financiera y datos que contribuyan a establecer las ventajas de la conformación de la Empresa Social del Estado para la comunidad.

Lo importante es tener en cuenta que para esta investigación la recolección, tabulación y análisis de los datos de cada uno de las categorías relacionadas en el Cuadro 1 son básicos para desarrollar la siguiente categoría.

Para todo el proceso de investigación se utilizarán los datos suministrados por el Sistema de Información del Centro de Salud Municipal, los cuales reflejan la dinámica histórica de la prestación de servicios a la población del municipio de Pupiales.

7. CRONOGRAMA

Figura 8. Cronograma de actividades.

Etapas	2003												2004																											
	Jul				Agt				Sep				Oct				Nov				Dic				Ene				Feb				Mar				Abr			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1. Diseño del proyecto	■				■				■																															
2. Recolección de la información													■																											
3. Estudio de mercado																	■				■																			
4. Estudio técnico																					■				■															
5. Estudio financiero																									■				■											
6. Evaluación del proyecto																													■				■							
7. Presentación																																	■							

8. PRESUPUESTO

Tabla 3. Presupuesto.

Código	Concepto	Unidad	Cantidad	Valor unitario	Valor total
2	Gastos				3.700.000
201	Gastos por servicios personales				2.025.000
20101	Honorarios investigación	Horas	540	3.750	2.025.000
202	Gastos generales				1.675.000
20201	Preinvestigación y diseño del proyecto	Proyecto	1	500.000	500.000
20202	Gastos de viaje	Pupiales - Pasto	6	25.000	150.000
20203	Papelería	Resmas	5	12.000	60.000
20204	Trascripción de textos	Hojas	200	250	50.000
20205	Impresión	Hojas	800	350	280.000
20206	Diseño Sistema de Información	Base de datos	1	250.000	250.000
20207	Encuadernación	Documentos	4	30.000	120.000
20208	Internet	Horas	35	2.000	70.000
20209	Servicio de escáner	Hojas	10	1.000	10.000
20210	Discos CD-R y servicio de quemador	CD + servicio	5	4.000	20.000
20211	Afiliación servicio de biblioteca	Año	1	70.000	70.000
20212	Fotocopias	Hojas	900	50	45.000
20213	Gastos varios e imprevistos				50.000

9. ASPECTOS CONTEXTUALES DEL MUNICIPIO

9.1 SITUACIÓN GEOGRÁFICA

El municipio de Pupiales se encuentra localizado al sur del departamento de Nariño (Figura 9), dentro del denominado altiplano de Ipiales, lo que hace que su conformación topográfica se caracterice por presentar tierras onduladas y planas; geográficamente esta ubicado de acuerdo a las siguientes coordenadas¹⁶.

Cuadro 3. Coordenadas geográficas.

Coordenadas		Punto geográfico
Latitud	0° 51' 25'' N	Quebrada Doña Juana
	1° 00' 33'' N	Páramo Paja Blanca
Longitud	77° 34' 12'' W	Río Boquerón
	77° 41' 33'' W	Cerro Guanacas o Gordo

Fuente: Esquema de Ordenamiento Territorial

Figura 9. Ubicación geográfica del municipio de Pupiales



Fuente: Proyecto gestión comunitaria – www.mintransporte.gov.co

¹⁶ NARIÑO. MUNICIPIO DE PUPIALES. Esquema de Ordenamiento Territorial del Municipio de Pupiales. Pupiales: El Municipio, 2001. p 29.

Limita al norte con los municipios de Guachucal, Sapuyes Iles y Ospina; por el sur con el municipio de Ipiales dividido por la quebrada Doña Juana y la Ruidosa; por el oriente con los municipios de Gualmatan e Ipiales limitados por la quebrada Imbula Grande y el río Boquerón y al occidente limita con el municipio de Aldana.

Pupiales tiene una extensión de 130,493 Km² los cuales representan el 0.39% del total de la extensión del departamento de Nariño ocupando el puesto 44 a nivel departamental y ocupa el 0.011% aproximadamente del territorio nacional.

De acuerdo a su ubicación geográfica el municipio esta influido por factores que pueden afectar directamente el estado de salud de la población; entre estos aspectos están por ejemplo, la verticalidad de caída de los rayos del sol por ubicarse en una zona de latitud media de 00° 54' 29'', lo cual teniendo en cuenta los problemas atmosféricos actuales pueden ocasionar problemas en la piel; además, debido a la presencia del sistema montañoso andino se presenta un clima entre frió húmedo y frió seco que junto a otros factores puede ser una variable potencial causante de problemas respiratorios.

La temperatura oscila entre los 6.8° y los 12.8° determinados por alturas que van desde los 2.650 m.s.n.m. en la desembocadura de la quebrada doña Juana hasta los 3.600 m.s.n.m. en el páramo de la Paja Blanca.

Por otra parte, los datos reportados por estación de análisis climatológico y pluviométrico ubicada en el Aeropuerto San Luis han establecido que en la zona se presenta una precipitación promedio anual de 889.6 mm y un alto nivel de humedad relativa promedio anual que alcanza el 84%.

Hidrológicamente, el municipio cuenta con ocho (8) microcuencas que nacen en el Páramo de la Paja Blanca, entre las principales se encuentran la quebrada Santa Lucía con una longitud corriente de 20.1 kilómetros, la quebrada la Ruidosa con 12.4 kilómetros y la quebrada la Lambuera con 13.1 kilómetros de corriente, también se encuentra la quebrada Imbula Grande fuente del acueducto Interveredal.

Según el Esquema de Ordenamiento Territorial del Municipio de Pupiales, después de haber realizado un análisis de laboratorio de las aguas corrientes se ha podido determinar la presencia de altos índices de hierro y la posibilidad de contaminación del agua por drenaje de excrementos humanos y animales.

Para el caso de la microcuencas de Imbulagrande y Fuelamesquer el análisis laboratorio estableció la presencia de 2.400 microorganismos por cada 100 mililitros de agua y no se pudo identificar la existencia de agua potable que presente un factor de 4 microorganismos por 100 ml, nivel óptimo para consumo humano directo¹⁷.

¹⁷ *Ibíd.*, p. 53.

9.2 SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

9.2.1 Situación económica regional.

Para definir esta parte contextual del estudio, se entiende por región socioeconómica a las características comunes que existen entre los diferentes municipios que conforman un territorio social, político, económico, administrativo y cultural como lo es el departamento de Nariño; este análisis es importante para ubicar el proceso de conformación de la Empresa Social del Estado dentro de una serie de circunstancias que pueden influir por una parte sobre las condiciones de salud de la población ubicada en la zona de influencia de la institución y por otra se puede identificar factores que favorecer o al mismo limitan el desarrollo de la organización¹⁸.

Con base en algunos estudios realizados sobre la situación económica de la región, se ha podido establecer que Nariño presenta una economía basada en la producción agropecuaria caracterizada principalmente por ser un sistema de economía campesina, sector que representa en promedio el 31,7% del PIB departamental durante el periodo de 1994 a 1998; la industria manufacturera es una actividad muy precaria, participa únicamente con un promedio del 4.2% y la construcción representa el 5%; en el caso de los servicios su participación global alcanza el 57%; del cual, los servicios del gobierno representan el 12% y otros servicios el 16%, en esta parte se incluyen los servicios de salud con un 3.6% de participación; datos que acumulados tan solo contribuyen en promedio con el 1.7% del producto nacional.

En cuanto al empleo el departamento presenta una oferta de trabajo netamente urbana, esto se puede apreciar si se tiene en cuenta que para el año 2002 como consecuencia de la situación macroeconómica del país, la tasa de desempleo registrada en la ciudad de Pasto se situó aproximadamente en el 20% (9.8 puntos más que en el año 1994) siendo una de las más altas entre las 7 ciudades más importantes del país (Figura 10).

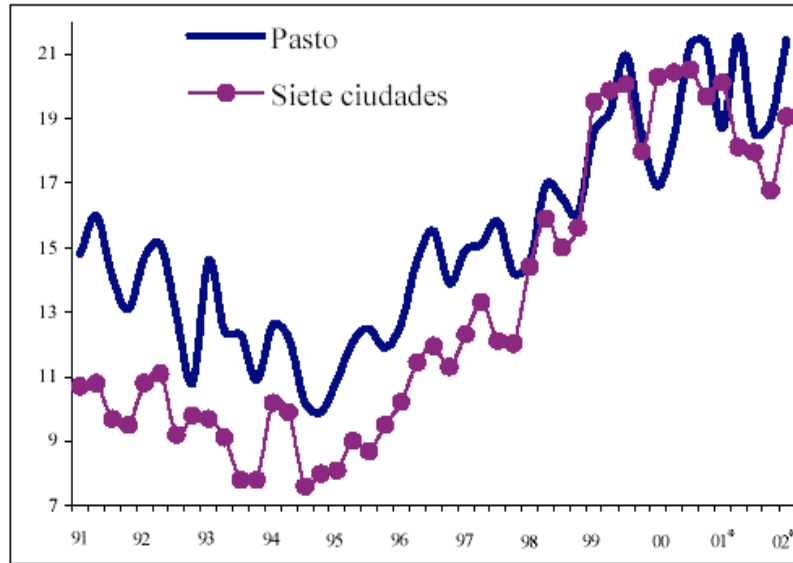
Según los datos suministrados por el DANE, la tasa de desempleo del departamento en el año 2001 fue del 9.5%, mientras que en el ámbito nacional se alcanzó un nivel de desempleo del 16.7%; esta estructura es muy importante para analizar el comportamiento de la afiliación al Régimen Contributivo, pero no se debe desconocer que tanto a nivel del departamento como en el municipio de Pupiales la económica esta estrechamente ligada a la influencia de la actividad agropecuaria en la cual es característico la informalidad del empleo.

Por otra parte, al estudiar el comportamiento de los precios en Nariño se ha establecido una tendencia igual a la demostrada a nivel nacional; en Pasto la inflación paso de un 23.5% en

¹⁸ INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO. Plan sectorial de salud Departamento de Nariño. Pasto: IDSN, 2001. p. 5-22

1994 a 8.1% en el año 2001 (Figura 11); cabe anotar que los precios en la región son altamente influidos por la estrecha relación comercial con el Ecuador.

Figura 10. Tasa de desempleo de Pasto.



* Encuesta de hogares
Fuente: DANES

Figura 11. Tasa de inflación nacional y de Pasto.



Fuente: DANE

En este aspecto es importante tener en cuenta que el proceso de dolarización adelantado por el vecino país al inicio del año 2000, ha producido un fuerte impulso a las exportaciones

que hace el departamento hacia el Ecuador, destacándose la comercialización de alimentos, productos agropecuarios y textiles.

También se hace importante analizar la situación social en el departamento, al respecto según las proyecciones realizadas por el DANE para el año 2001, se pudo establecer que en Nariño el 36% de la población en edad escolar (entre 4 y 17 años) estuvo por fuera del sistema educativo, 12 puntos porcentuales más que la tasa nacional; el índice de analfabetismo en el departamento esta alrededor de 19.5% en la zona urbana y del 24.7% en la zona rural, mientras que a nivel nacional es del 9 a 10% en lo urbano y del 24 al 30% en lo rural.

El actual fenómeno social de la violencia y el narcotráfico es un factor que ha producido el desplazamiento de familias que ha tenido que dejar sus tierras y viviendas por el inminente peligro de sus vidas y la violación de sus derechos por parte de los actores del conflicto armado; según datos establecido por la Red de Solidaridad Social de Nariño, para el año 2001 se registraron 279 familias desplazadas por la violencia, con un total de 1325 personas; el 1.28% se registraron en el municipio de Pupiales; otro fenómeno relacionado con este problema es la fumigación aérea de los cultivos ilícitos los cuales cubren una extensión de 9.9% del territorio departamental y son los principales causantes de la expansión de la frontera agrícola.

9.2.2 Situación socioeconómica del Municipio de Pupiales.

“La economía del municipio está basada en el sector primario con un tipo de economía campesina*, su desarrollo ha estado históricamente relacionado con el cultivo de la papa y el maíz; en la época colonial se cambió la estructura de la tenencia de la tierra y se introdujo métodos de labranza que aún persisten en la actividad agrícola del municipio”¹⁹.

“Según la estructura de la propiedad de la tierra, el Municipio es altamente minifundista, el 79.7 % de los predios son menores de 3 hectáreas, el 16.1 % están comprendidos entre 3 y 10 hectáreas, el 2.8 % están entre 10 y 20 hectáreas y tan sólo 75 predios que representan el 1.4 % corresponden a predios mayores de 20 hectáreas (Figura 12)”²⁰.

En cuanto a la producción agrícola en el municipio se presenta un alto índice de sobreexplotación de la tierra debido a la baja disponibilidad del recurso; esta producción también se caracteriza por la presencia del monocultivo de la papa, actividad ligada a la utilización de agroquímicos; factor altamente riesgoso para la salud de los productores y

¹⁹ NARIÑO. MUNICIPIO DE PUPIALES. Op.cit., p. 210-221.

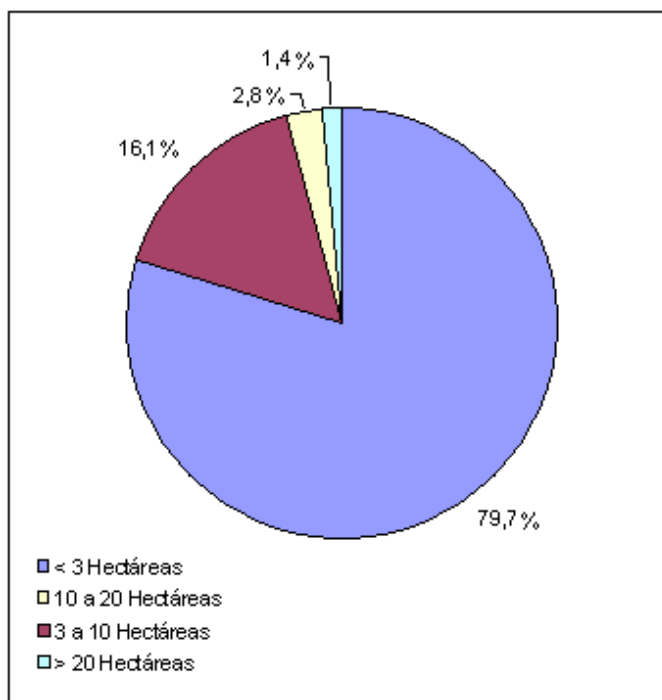
* La economía campesina es una forma de producción precapitalista que se caracteriza principalmente por la utilización de mano de obra familiar, también se caracteriza por un alto grado de utilización de la tierra como factor productivo con un consecuente decrecimiento de la productividad; tomado de: MACHADO Absalón. El sistema agroalimentario. Bogota: Siglo XXI editores, 1987. p. 53

²⁰ *Ibíd.*, p. 211.

consumidores del tubérculo. Otro aspecto ligado al mal uso de estos productos es la contaminación de aguas corrientes.

La dependencia a este tipo de producción y la fluctuación constante del mercado de la papa hace que económicamente los pequeños productores se vean afectados por las variaciones y las temporadas de precios bajos, ocasionando una situación de marginación socioeconómica; lo cual influye directamente sobre sus niveles de nutrición y seguridad social.

Figura 12. Estructura de la propiedad de la tierra.



FUENTE: Esquema de Ordenamiento Territorial.

Otro renglón importante dentro de la economía del municipio es la actividad pecuaria, principalmente la ganadería y la explotación de especies menores con métodos tradicionales de producción en su gran mayoría.

El sector secundario de la economía esta principalmente representado por empresas productoras de derivados de la leche y en su gran mayoría por talleres artesanales de producción, esta característica esta ligada a la estructura productiva del departamento y este renglón es una variable que influye escasamente en la oferta de empleo formal.

En cuanto a servicios se destacan el transporte, empresas de servicios públicos y los servicios gubernamentales; el desarrollo del comercio se ve limitado por la cercanía a la

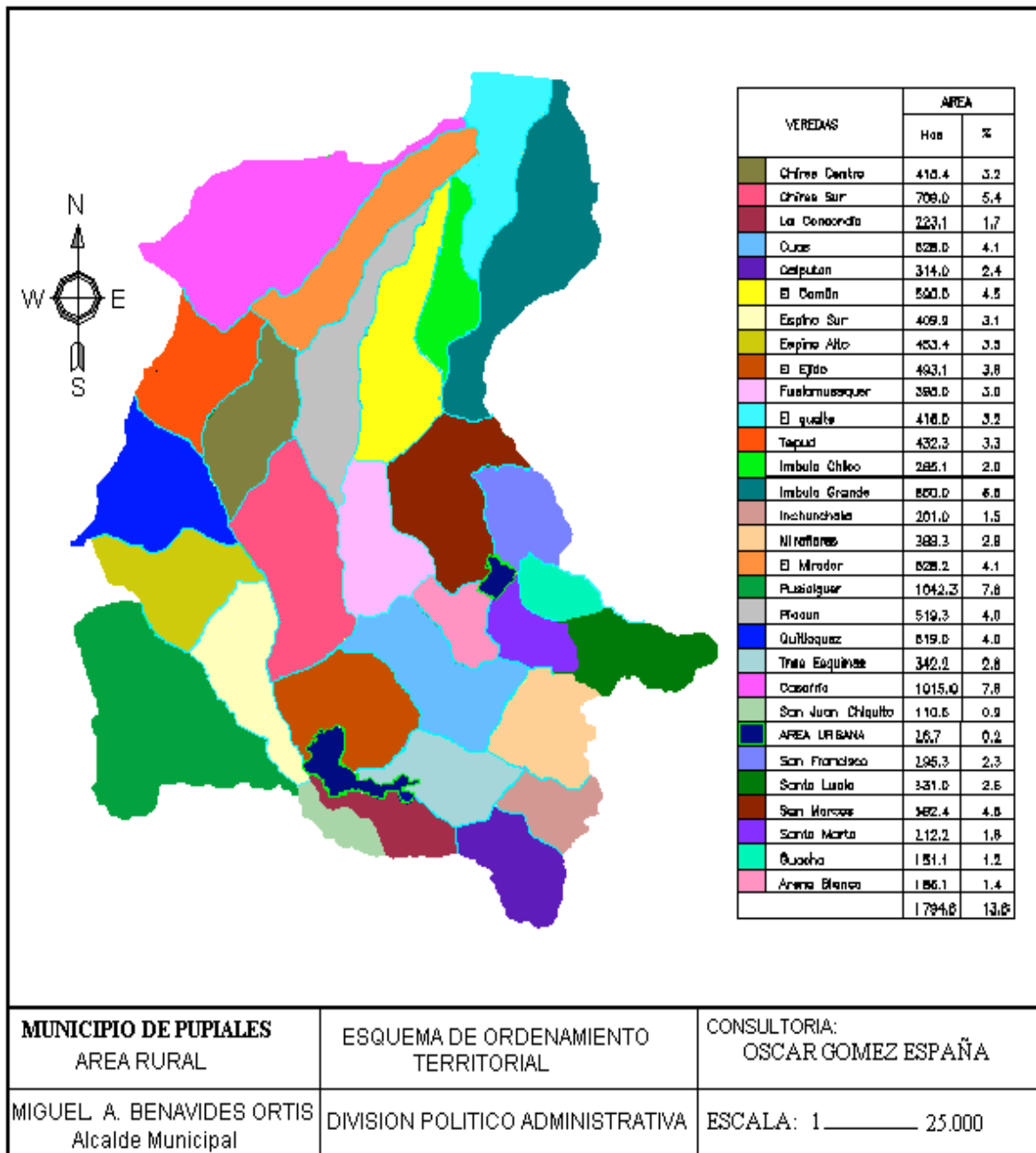
ciudad de Ipiiales, la cual ha tenido un dinamismo comercial muy fuerte gracias a la situación ventajosa otorgada por la dolarización de la economía ecuatoriana.

9.3 DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA

La conformación político administrativa del municipio se toma como base para definir las áreas que presentan condiciones o características particulares que en algún grado las hacen homogéneas; esto es importante para planificar y definir estratégicamente la operatividad y cobertura de los servicios que presta la Empresa Social del Estado, con el objetivo de facilitar el establecimiento de políticas que garanticen la universalidad de la atención en salud a la población del municipio de Pupiales.

En este sentido, el municipio de Pupiales está conformado por el área urbana de la cabecera municipal, el casco urbano del corregimiento de José María Hernández y por veintinueve (29) veredas extendidas a lo largo de todo el territorio (Figura 13).

Figura 13. División Político administrativa del municipio de Pupiales.

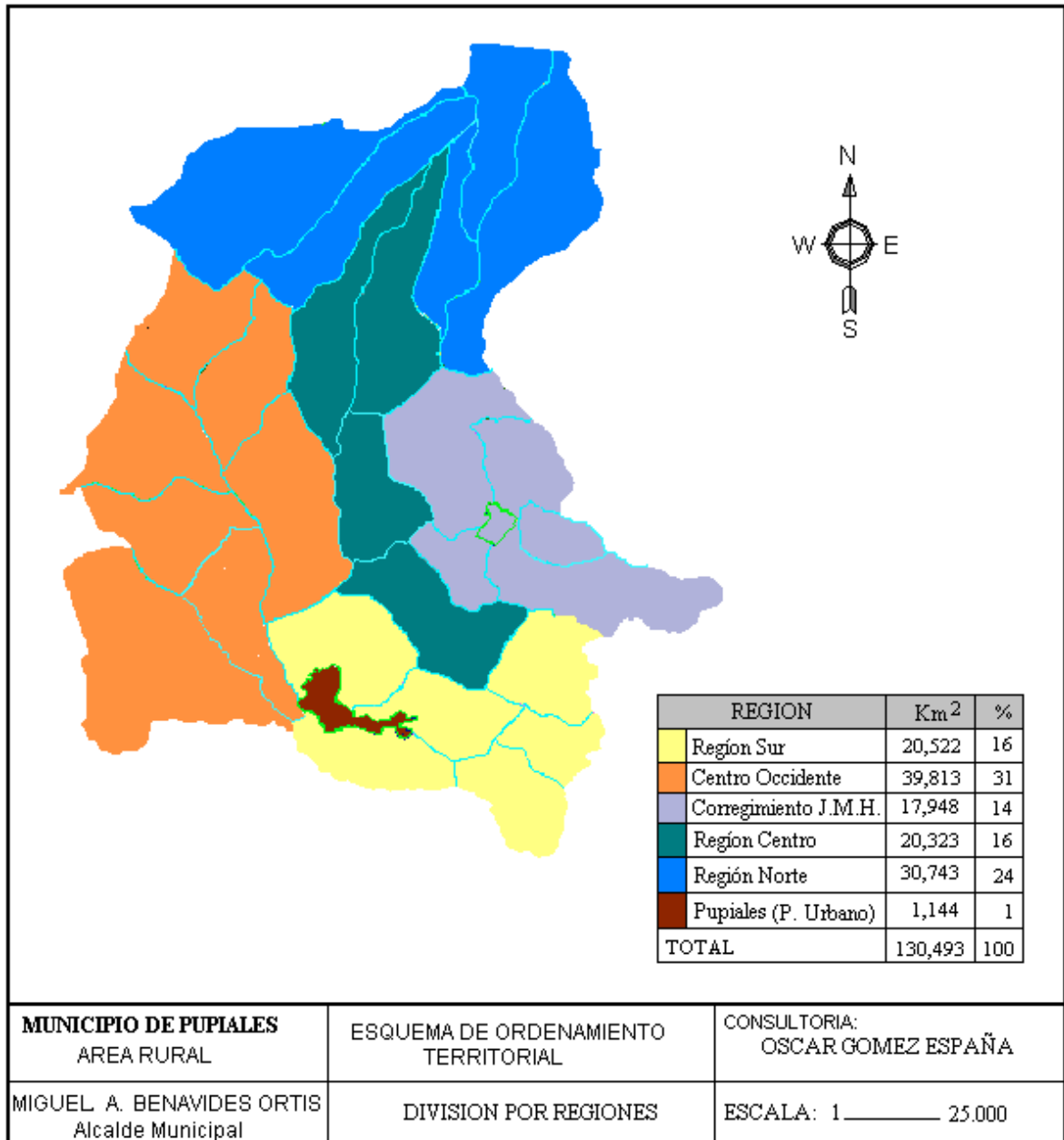


FUENTE: Esquema de Ordenamiento Territorial

Para definir las zonas principales del municipio, se tiene en cuenta prioritariamente la disponibilidad de infraestructura física básica que permita el desplazamiento oportuno tanto de las personas que necesitan los servicios de salud, como la del personal y los servicios extramurales que la institución pueda implementar, para facilitar la accesibilidad reciproca

con miras a satisfacer las necesidades de toda la comunidad. El siguiente mapa muestra las principales zonas geográficas del municipio de Pupiales (Figura 14).

Figura 14. Zonificación del municipio de Pupiales.



FUENTE: Esquema de Ordenamiento Territorial y Estudio de la prestación de servicios de salud en el municipio de Pupiales.

De acuerdo a su extensión la zona que ocupa mayor parte del territorio municipal es la denominada zona **Centro occidente**, conformada por las veredas Pusialquer, Espino Sur,

Espiono Alto, Chires Sur, Chires Centro, Quitiaquez y Tepúd; con una extensión de 39,8 Km² lo cual representa el 31% del territorio.

El segundo lugar lo ocupa la zona **Norte** con 30,7 Km² equivalente al 24%; esta constituida por las veredas Casafria, Chires Mirador, Imbula Chico, Imbula Grande y El Gualte.

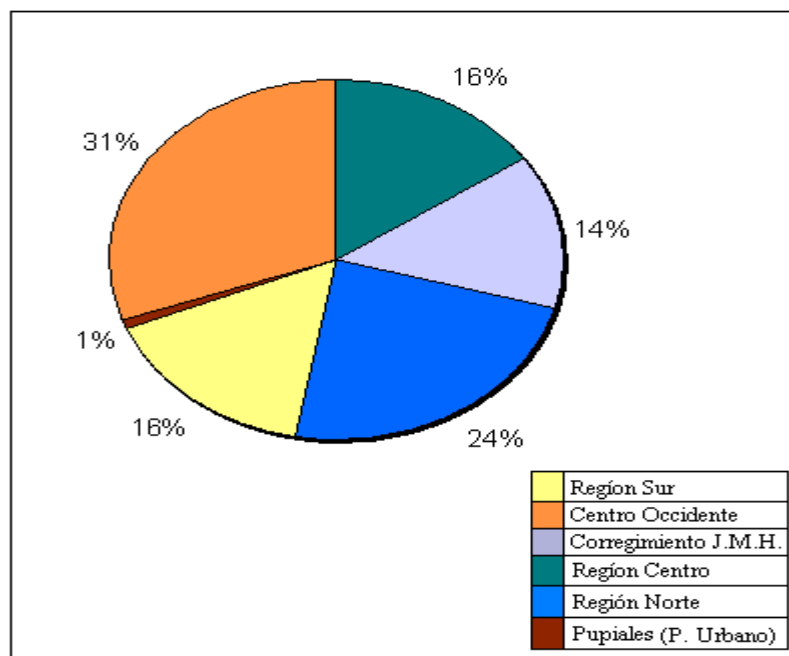
La región o zona **Sur** esta conformada por las veredas Tres Esquinas, Miraflores, El Ejido, Inchuchala, Calputan, La Concordia y San Juan Chiquito; representa el 16.1% con 20,5 Km² de extensión.

Otra región geográfica es la denominada zona **Centro**, esta conformada por las veredas Cuas, Fuelamuesquer, Piacún y el Común; tiene una extensión de 20,3 Km² representando el 16%.

También se encuentra el área de influencia del Corregimiento de José María Hernández, en esta zona están ubicadas las veredas San Francisco, Guacha, Santa Lucia, La Arena Blanca, y Santa Marta; incluyendo el perímetro urbano del corregimiento. Esta zona representa el 14% del territorio con una extensión de aproximadamente 17,9 Km².

Finalmente esta el casco urbano del municipio con una extensión de 1,1 Km², ocupando el 1% del territorio municipal.

Figura 15. Extensión por zonas geográficas.



FUENTE: Esquema de Ordenamiento Territorial

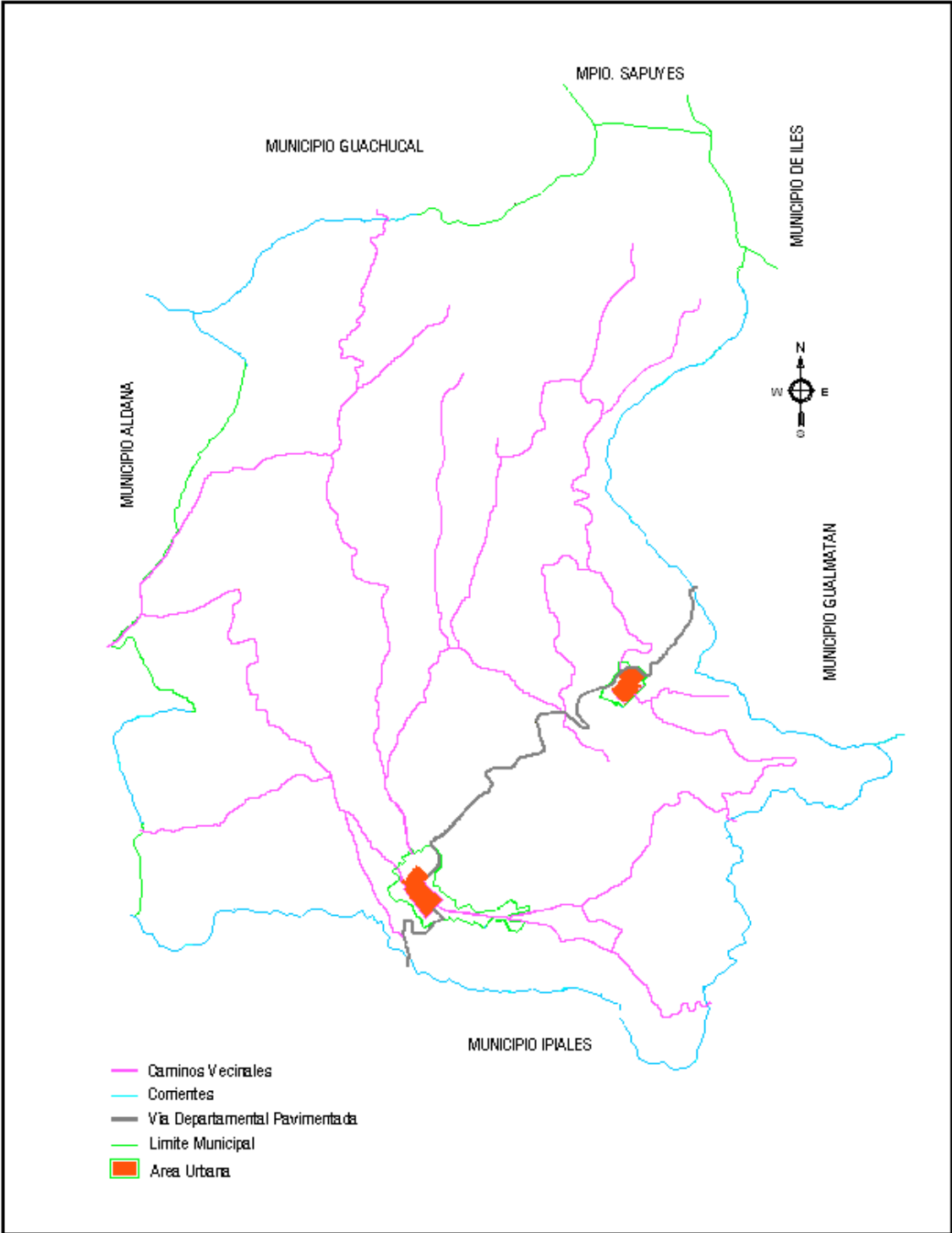
Como se menciono anteriormente la infraestructura es una factor determinante para establecer la zonificación geográfica; las vías constituyen una variable importante puesto que permiten conocer la distancia y el grado de accesibilidad entre la población y las instituciones encargadas de prestar servicios de salud en los diferentes niveles de complejidad; siguiente cuadro muestra las distancias promedio entre las zonas definidas anteriormente, la cabecera municipal y la capital del departamento.

Cuadro 4. Distancia promedio por regiones.

Región geográfica	Distancia promedio a la cabecera municipal (Km)	Distancia promedio a la capital (Km)
PERIMETRO URBANO		
Casco urbano del municipio	0	87
REGION SUR		
Ejido San Antonio	4	91
Miraflores	6,5	93,5
Inchuchala	6,5	93,5
Tres Esquinas	3	90
Calputan	6	93
Concordia	3	90
San Juan Chiquito	2	89
REGION CENTRO OCCIDENTE		
Tepud	13	100
Chires Sur	4	93
Chires Centro	7,5	94,5
Quitiaquez	10	97
Espino Sur	3,5	90,5
Espino Alto	5	92
Pusialquer	6,5	93,5
REGION NORTE		
Imbula Chico	14	101
Imbula Grande	16	103
El Gualte	18	105
Casafria	19	106
Chires Mirador	16	103
REGION CENTRO		
Cuas	4,5	91,5
Fuelamuesquer	7	94
Piacún	13	100
El Común	12	99
REGION CORREGIMIENTO		
José María Hernández	7	94
San Marcos	11	98
Santa Lucia	12	99
San Francisco	8,5	95,5
Santa Marta	8	95
Guacha	8,5	95,5
Arena Blanca	5	92

FUENTE: Esquema de Ordenamiento Territorial municipio de Pupiales

Figura 16. Mapa vial del municipio de Pupiales.



FUENTE: Esquema de Ordenamiento Territorial.

10. ANÁLISIS CORPORATIVO DEL CENTRO DE SALUD MUNICIPAL

Como el principal aspecto que se tienen en cuenta para la creación de la Empresa Social del Estado en el municipio de Pupiales es la sostenibilidad de la nueva organización relacionada directamente con el mejoramiento continuo de la calidad y cobertura en la prestación de servicios de salud, se procede a evaluar las principales características encontradas en el entorno del Centro de Salud del Municipio de Pupiales para establecer las variables que se deben tener en cuenta para determinar las ventajas y oportunidades que la gerencia de la nueva empresa debe aprovechar para el desarrollo de una institución sólida y adecuada a los requerimientos de la población; como también las amenazas o debilidades de la actual organización presenta para realizar las respectivas correcciones con el objetivo de desarrollar una política institucional que garantice el mejoramiento de la calidad y la cobertura de los servicios de salud para la comunidad del municipio de Pupiales.

La Figura 17 presenta la matriz de FAVOD la cual determina las relaciones que existen entre las Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades que el Centro de Salud afronta en relación directa con el nivel de calidad en la prestación de servicios de salud para determinar aspectos que influyen directamente en el mejoramiento de esta variable para constituir la como una ventaja determinante en la posición comercial de la Empresa Social del Estado en el municipio y la región; así como también, la definición de la estructura interna necesaria para desarrollar el cometido social de este tipo de instituciones y la proyección de la empresa hacia futuro.

Partiendo de matriz FAVOD se desprende el estudio de diferentes variables necesarias para que la creación de la Empresa Social del Estado se base en la realidad institucional del Centro de Salud y de esta manera hacer más efectivo el estudio de sostenibilidad involucrando el análisis estratégico que permita proponer alternativas que la nueva organización pueda tener en cuenta para proyectar las políticas de desarrollo de la Empresa Social del Estado.

Este estudio involucra el análisis de aspectos externos e internos que influyen en el proceso de creación de la Empresa Social del Estado contenidos en las relaciones de la matriz FAVOD realizando un diagnóstico general en aspectos relacionados con el mercado, aspectos técnicos y financieros para determinar en primera medida la conveniencia de la creación de la nueva empresa y posteriormente de ser aprobado dicho proceso aportar para la toma de decisiones gerenciales.

A continuación se presenta el desarrollo del estudio de las diferentes variables que se relacionan con la estructura de la matriz FAVOD.

Figura 17. Análisis FAVOD del Centro de Salud municipal de Pupiales.

	CALIDAD	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
DEBILIDADES	Deficiente aprovechamiento de las estadísticas del sector y de la institución	Intereses políticos en el manejo del sector	Autonomía administrativa en la prestación de servicios de salud
	Desconocimiento del nivel de cobertura de los servicios de salud	Perdida de los recursos destinados a la atención de personas pobres sin subsidio a la demanda	Descentralización de la prestación de servicios a nivel municipal
	Desconocimiento de los aspectos técnicos que debe cumplir las instituciones de salud	Política nacional de cumplimiento de estándares de calidad	Acreditación de los servicios de salud como Empresa Social del Estado
	Deficiencia en la organización y gestión de las empresas públicas	Desconocimiento del mercado a nivel municipal y nulidad en la utilización de políticas comerciales	Participación ciudadana en la política de desarrollo institucional y control de calidad
	Bajo nivel de inversión en programas de fortalecimiento institucional	Implementación de servicios de salud por parte de ARS, EPS y empresas de carácter particular	Mejoramiento de la dotación asistencial
FORTALEZAS	Existencia de un segmento de la población beneficiada con subsidios de salud	Apertura del mercado de la salud a la libre competencia	Desarrollo del sistema de información en salud, estandarización de indicadores
	Fácil acceso a los puestos y centros de salud	Preferencia institucional al desarrollo de la empresa pública	Disponibilidad de mayores recursos financieros
	Localización estratégica de centros y puestos de salud	Altos costos de tecnología	Diferentes opciones de contratación de prestación de servicios
	Existencia de infraestructura y dotación básica	Estándares nacionales de suficiencia patrimonial y financiera	Posibilidad de expandir la prestación de servicios a otros municipios
	Desarrollo de herramientas de manejo presupuestal y financiero independiente para el sector salud	La escala de remuneración del sector salud es una de las más altas del sector público	Numero de competidores reducido Y homogéneo Productividad y rentabilidad

10.1 ANÁLISIS DEL MERCADO DE LA SALUD

Este capítulo se realiza con el objetivo de determinar cuales son las necesidades más indispensables de la población del municipio de Pupiales en materia de prestación de servicios de salud; se analiza factores como los servicios de salud, el crecimiento de la población, la financiación de subsidios por parte de la nación, el nivel de cobertura del aseguramiento, la dinámica histórica de la prestación de servicios por parte del Centro de Salud Municipal y el estado de salud de la población entre otros.

10.1.1 Servicios de salud. Según la normatividad vigente una Empresa Social del Estado se constituye con el objetivo de prestar servicios de salud por parte del Estado a una población determinada para cuidar y/o recuperar según sea el caso los niveles de salud que garanticen el desarrollo armónico de la sociedad; un servicio de salud es un producto intangible fruto de un proceso y de la utilización de recursos productivos en el momento en que el usuario solicita la atención.

El servicio de salud se puede considerar también como el conjunto de actividades que el cliente espera recibir para satisfacer sus necesidades; dentro del proceso de atención cada usuario entra en relación directa con diferentes personas a través del “ciclo del servicio”*, produciendo una interrelación que es la determinante del nivel de satisfacción del usuario y del grado de calidad evidenciado por quien hace uso del servicio.

Por esta razón los servicios de salud prestados por parte de la Empresa Social del Estado deben estar basados en principios de oportunidad, buenas relaciones internas, amabilidad, un servicio personalizado, integral y lo más importante humanizado; que se fundamente en la noción y necesidad fundamental del ser humano y del ser social.

Actualmente se necesita una relación mas estrecha entre la empresa prestadora de servicios y la comunidad para conocer sus principales problemas y amenazas mas allá de la categorización epidemiológica o anatomopatológica, para ingresar de esta manera a una relación más social entre los diferentes estamentos de la organización (Dirección, Atención al usuario o Apoyo logístico) con su comunidad dentro de los nuevos paradigmas del concepto de salud entendida como una necesidad social.

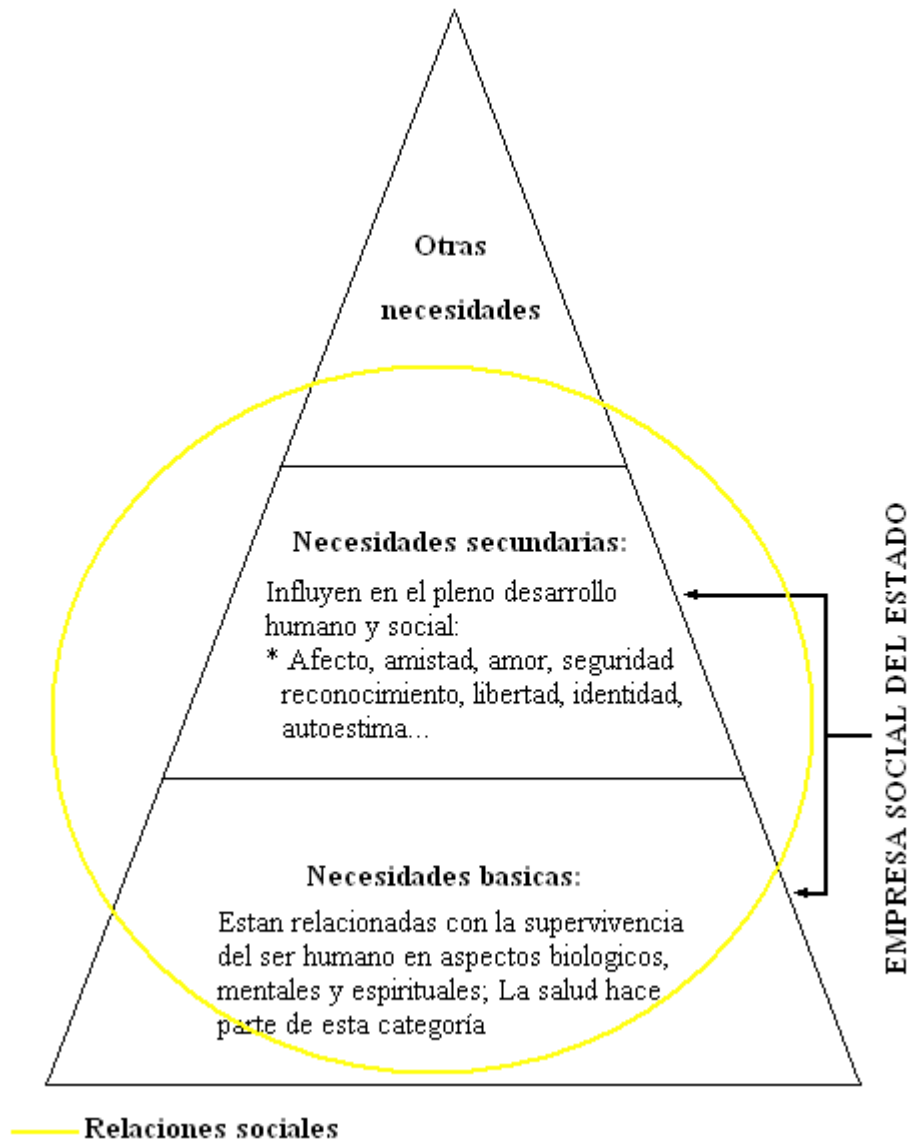
Por esta razón, la salud como necesidad básica (Figura 18) debe superar el proceso diagnóstico – formulación, los nuevos paradigmas que recogen la dinámica de los procesos antropológicos y sicoanalíticos de la estructura social**, son bases de referencia para

* La interrelación se desarrolla con diferentes actores del proceso de producción desde el portero, los auxiliares de citas y de información, el facturador, el cajero, la auxiliar de enfermería, el medico, los auxiliares de farmacia y de laboratorio, etc., Tomado de: COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. La prestación de servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado en el Sistema de Seguridad Social en Salud: Guía de capacitación y consulta. Bogotá: El Ministerio, 2000. p 18.

** Un análisis profundo a este paradigma se presenta en: INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL DESARROLLO DE LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA FRANCISCO JOSE DE CALDAS. Salud para la calidad de vida: Bases de un plan del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Bogotá: Tercer Mundo, 1993, p.165.

entender la prestación de servicios de salud como una relación social del hombre a favor de su propia naturaleza.

Figura 18. Necesidades humanas y la Empresa Social del Estado.



De esta manera se puede apreciar que dentro del denominado “mercado de la salud”, así como lo presenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) existe una serie de relaciones que determinan características muy particulares dentro de la misma diversidad social; el desafío para una empresa de carácter “Social” es buscar la solución de esos conflictos causados por la presencia de la enfermedad o de las amenazas contra la salud, mucho mas lejos del objetivo preliminar de terminar con la sintomatología o cuadro patológico del individuo.

Lo anterior se plasma como una invitación a no olvidar el verdadero objeto del proceso de transformación o constitución de la Empresa Social del Estado, no se puede entender que la prestación de servicios de salud a una comunidad es categoría netamente económica que se mide en función del dinero, el objetivo final es y debe entenderse como la búsqueda de adecuar los servicios de salud a las verdaderas necesidades de la comunidad como un paciente social.

Partiendo de lo planteado preliminarmente como fundamento de los servicios de salud, se hace necesario establecer cuales son los servicios que la Empresa Social del Estado puede producir.

Como primera medida cave recordar que el sector salud se encuentra altamente regulado por el gobierno nacional, en materia de servicios de salud se ha establecido una organización basada en el “concepto de red” es decir la articulación entre los diferentes niveles de complejidad del sistema hospitalario; en este sentido la Empresa Social del Estado debe ofrecer de acuerdo a la demanda potencial de servicios de salud los planes de beneficios que contempla la ley, es decir el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado POS-S para la atención de los afiliados del Régimen Subsidiado y la población pobre por atender, el Plan Obligatorio de Salud Contributivo POS-C para los beneficiarios de este sistema dentro del portafolio de servicios y los demás servicios que la comunidad necesite.

En Primer lugar, teniendo en cuenta el Decreto 1895 de 1994 por el cual el gobierno reglamento el Régimen Subsidiado en Salud y que la Empresa Social del Estado objeto de este análisis se constituye en el ámbito municipal como una entidad de baja complejidad, los servicios de salud que la institución puede prestar se resumen en el cuadro 5.

Según la normatividad se busca que el plan de beneficios del Régimen Subsidiado se expanda progresivamente hasta alcanzar la cobertura del Régimen contributivo, pero también es importante tener en cuenta el perfil epidemiológico de la zona de influencia de la Empresa Social del Estado para definir de una manera mas adecuada el portafolio de servicios con el fin de hacer uso eficiente de los recursos y buscar un mayor impacto dentro de los principales problemas de salud de la población.

También es preciso tener en cuenta que si la capacidad económica y administrativa de la Empresa Social del Estado se desarrolla lo suficiente para la implementación de servicios de mayor complejidad existe la posibilidad de su implementación, esto en función de la demanda y la evaluación del impacto económico y social del servicio.

Cuadro 5. Servicios primer nivel de atención.

Tipo de Servicio	Cobertura
Educación y Promoción de la Salud	El POS-S aplicará en forma continua, programas de educación y promoción de la salud para todos los afiliados, ligados a la atención, que le den respuestas específicas a los interrogantes de la población, en relación con los principales problemas o eventos de enfermedad
Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad	<p>Niños Menores de Diez (10) Años: Inmunización con vacunas contra Difteria, Tosferina, Tétanos, Poliomiélitis, Tuberculosis, Hepatitis B, Rubéola, Sarampión, Parotiditis y Meningitis. Control y crecimiento del desarrollo y complementación alimentaria según el riesgo nutricional y valoración de la agudeza visual y auditiva.</p> <p>Adolescentes: Valoración de la agudeza visual y auditiva.</p> <p>Mujeres Embarazadas: Control prenatal, detección de riesgo, complementación nutricional, vacunación, exámenes de laboratorio y ecografía, cursos psicoprofilácticos, puericultura y fomento a lactancia materna.</p> <p>Mujeres en Edad Fértil: Planificación familiar, consejería en salud reproductiva, citología cervicouterina y examen del seno.</p> <p>Hombres y Mujeres Mayores de 45 años: evaluación de riesgo cardiovascular.</p> <p>Familia y Comunidad: Control de los factores de riesgo relacionados con el ambiente familiar, la vivienda, la comunidad y el medio ambiente, orientados al mejoramiento de las relaciones interfamiliares y el ambiente físico interdomiciliario, así como la conformación de grupos de apoyo comunitarios para la prevención de problemas de salud de tipo crónico, accidentes y desastres.</p>
Atenciones Ambulatorias del Primer Nivel para la Recuperación de la Salud	<p>Niños Menores de Diez (10) años: Infección respiratoria aguda, otitis, amigdalitis, enfermedad diarreica aguda, neumonía, parasitismo intestinal, recuperación nutricional, conjuntivitis, meningitis, enfermedades de la piel, pediculosis. Atención del trauma menor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico, atención inicial y remisión al segundo y tercer nivel en casos de apendicitis y trauma mayor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves</p> <p>Adolescentes: Infección respiratoria aguda, parasitismo intestinal, enfermedades de la piel, pediculosis. Atención del trauma menor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico, atención inicial y remisión al segundo y tercer nivel en casos de apendicitis y trauma mayor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves.</p>

Atenciones Ambulatorias del Primer Nivel para la Recuperación de la Salud <i>(Continuación)</i>	Puerperio: Control de puerperio y complementación nutricional.
	Mujeres Entre los Veinte (20) y los Sesenta (60) Años: Atención a mujeres con NIC I, hipertensión arterial, enfermedad genitourinaria, enfermedades de transmisión sexual, diabetes, infección respiratoria aguda, enfermedad de la piel, gastritis aguda y crónica y trauma menor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico y remisión al segundo y tercer nivel de atención de los casos de apendicitis, mujeres con NIC II-III, colelitiasis, prolapso uterovaginal, trauma mayor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves.
	Hombres Entre los Veinte (20) y los Sesenta (60) Años: Hipertensión arterial, enfermedades genitourinarias, enfermedades de transmisión sexual, diabetes, infección respiratoria aguda, enfermedades de la piel, gastritis aguda y crónica, diagnóstico y remisión de apendicitis, y trauma menor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico y remisión al segundo y tercer nivel de atención de los casos de apendicitis, enfermedades de próstata y hemorragia digestiva, y trauma mayor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves.
	Hombres y Mujeres Mayores de Sesenta (60) Años: Hipertensión arterial, enfermedades genitourinarias y enfermedades de transmisión sexual, diabetes, infección respiratoria aguda (bronquitis, enfisema y asma), enfermedades de la piel, gastritis aguda y crónica, artritis y problemas oftalmológicos; y trauma menor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas y quemaduras leves y fracturas no complicadas. Diagnóstico y remisión al segundo y tercer nivel de atención de los problemas oftalmológicos graves, enfermedades de próstata, neumonía grave y hemorragias digestivas; y trauma mayor urgente, incluyendo eventos ocasionados por heridas graves, fracturas complicadas y quemaduras graves.
Atenciones en Zonas de Enfermedades Endémicas	En zonas endémicas de paludismo, leishmaniasis, dengue, fiebre amarilla, lepra y tuberculosis se atenderán los casos que se presenten de estas enfermedades, de acuerdo con los lineamientos del Plan de Atención Básica.
Salud Oral	Niños de Dos (2) a Catorce (14) años: Educación sobre técnicas de cepillado, identificación de dieta cariogénica, importancia de la visita al odontólogo, aplicación de sellantes y fluor, exámenes de diagnóstico, tratamiento de operatoria, endodoncia, exodoncia y atención de urgencias odontológicas
	Mujeres Embarazadas: Exámenes de diagnóstico, educación sobre cepillado, identificación de dieta cariogénica, importancia de la visita al odontólogo, profilaxis y detartaje, tratamiento de operatoria, endodoncia, exodoncia y atención de urgencias odontológicas
	Resto de la Población: Educación sobre técnicas de cepillado, identificación de dieta cariogénica, importancia de la visita al odontólogo, exámenes de diagnóstico, tratamiento de operatoria, endodoncia, exodoncia y atención de urgencias odontológicas

Atenciones Hospitalarias de Primer Nivel	Niños Menores de Diez (10) años: complicación de EDA, IRA y atención básica de accidentes, laceraciones y heridas.
	Adolescentes: Atención inicial de accidentes, laceraciones y heridas
	Mujeres Embarazadas: atención del parto sin riesgo
	Hombres y Mujeres Mayores de 20 Años: Neumonía grave, atención de accidentes, laceraciones y heridas, úlcera péptica, hemorragia digestiva.
Plan de Atención Materno Infantil PA-MI	Servicios Prenatales. Control prenatal, detección de riesgo, complementación nutricional, vacunación, exámenes de laboratorio y ecografía, cursos psicoprofilácticos, puericultura y fomento a lactancia materna
	Parto y Puerperio. Cuidado prenatal y atención del parto incluyendo el de alto riesgo. Control de puerperio, planificación familiar, complementación nutricional y fomento de la lactancia materna.
	Planificación Familiar. Planificación familiar tanto quirúrgica como no quirúrgica, consejería en salud reproductiva, citología cervicouterina y examen de seno
	Niños Menores de Un (1) Año. Inmunizaciones PAI, promoción de la lactancia materna, paquete de complementación nutricional, control y atención del niño enfermo (especialmente tratamientos de EDA e IRA).

Fuente: Decreto 1895 de 1994.

10.1.2 Usuarios del servicio de salud. Según lo planteado anteriormente en la conceptualización del mercado de la salud, existe en Colombia el principio de universalidad de la Seguridad Social Integral (Artículo 2, Ley 100 de 1993); es decir, la Nación garantiza la protección de todas las personas sin ninguna clase de discriminación y es responsable de crear las condiciones de acceso a los servicios de salud en los diferentes niveles de complejidad para toda la población.

Bajo este punto de vista se desarrolla la siguiente etapa de la investigación, relacionada con el estudio de la estructura social y económica de la población del municipio considerada como el objeto de la constitución de la Empresa Social del Estado, para ello se analiza el comportamiento demográfico, los subsidios asignados por la Nación, la clasificación de los usuarios y el estado de salud de la población entre otras categorías.

- **Comportamiento demográfico.** En primer lugar, es preciso considerar que el Usuario para una empresa pública de servicios de salud es el centro de su razón de ser de acuerdo a la filosofía social que este tipo de instituciones debe promulgar y practicar.

Esto hace supremamente necesario conocer las particularidades estructurales y coyunturales de las personas residentes dentro de área de influencia de la Empresa Social del Estado identificadas como un estructura social, debido a que toda la población constituye el objeto de la prestación de servicios de salud.

Para conocer con mayor profundidad la población objeto de atención se realiza a continuación el estudio de las principales características demográficas en el municipio, teniendo muy en cuenta la estadística certificadas por el gobierno Nacional, la base de datos

del Sistema de Identificación de Beneficiarios SISBEN del municipio de Pupiales y las registros realizados en el área de estadística del Centro de Salud de Pupiales.

De esta manera se pudo establecer que la población total del municipio de Pupiales según las proyecciones realizadas por el DANE para el periodo comprendido entre el año 1995 a 2010 creció a una tasa anual del 2.26% pasando de 18.425 habitantes en 1995 a 22.595 para el año 2003 (Cuadro 6).

Cuadro 6. Distribución de la población - Periodo 1995 a 2010.

AÑO	POBLACIÓN TOTAL	%	ZONA URBANA	%	ZONA RURAL	%
1995	18.425	100.0	4.590	24.9	13.835	75.1
1996	18.935	100.0	4.785	25.3	14.150	74.7
1997	19.449	100.0	4.986	25.6	14.463	74.4
1998	19.967	100.0	5.191	26.6	14.776	73.4
1999	20.491	100.0	5.401	26.4	15.090	73.6
2000	21.010	100.0	5.614	26.7	15.396	73.3
2001	21.535	100.0	5.833	27.1	15.702	72.9
2002	22.064	100.0	6.056	27.4	16.008	72.6
2003	22.595	100.0	6.284	27.8	16.311	72.2
2004	23.128	100.0	6.516	28.2	16.612	71.8
2005	23.662	100.0	6.752	28.5	16.910	71.5
2006	24.195	100.0	6.991	28.9	17.204	71.1
2007	24.729	100.0	7.234	29.2	17.495	70.8
2008	25.262	100.0	7.480	29.6	17.782	70.4
2009	25.795	100.0	7.730	30.0	18.065	70.0
2010	26.326	100.0	7.983	30.3	18.343	69.7

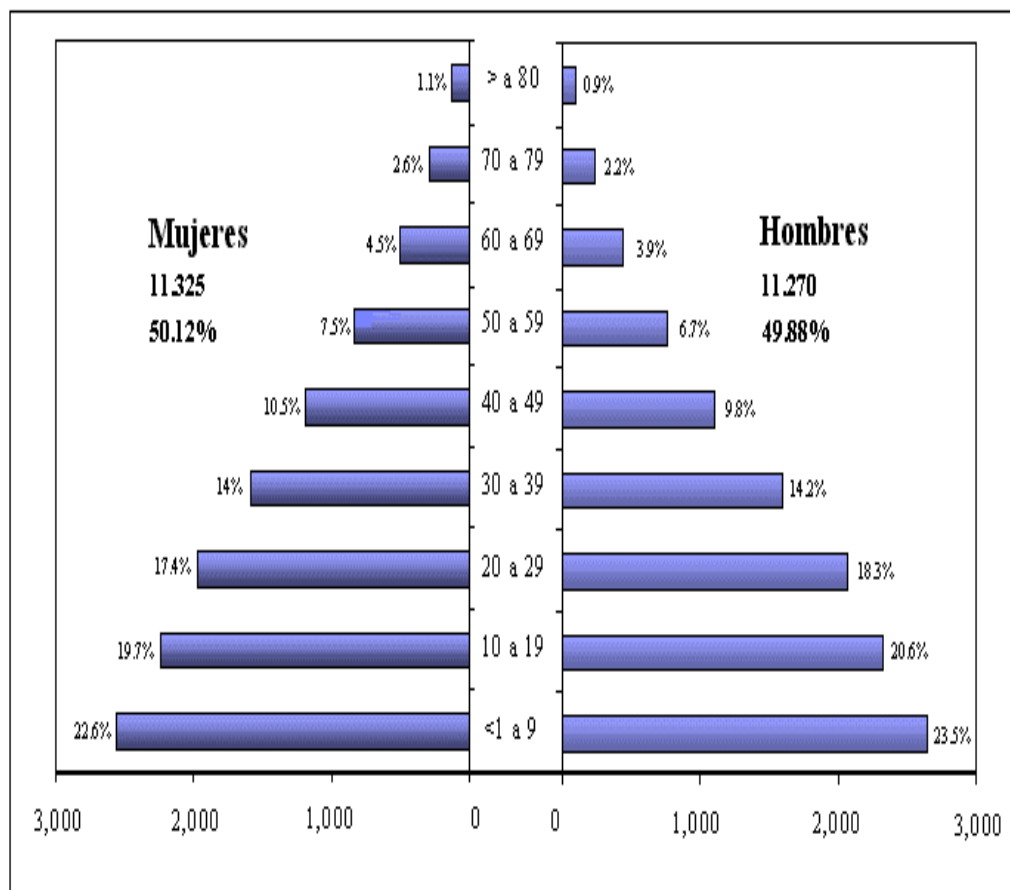
FUENTE: Dane.

Estructuralmente la población en su gran mayoría tiende a ser rural, para el año 2003 el 72.2% esta ubicada en esta zona con un crecimiento anual del 1.78% (periodo 1995 a 2010); mientras que la población urbana representa el 27.8% para el mismo año y su crecimiento anual durante el periodo es de 3.52%; estos datos demuestran que el crecimiento del sector urbano es 1.9 veces mas dinámico que el crecimiento de la población rural.

En cuanto a la distribución de la población de acuerdo al género, se puede apreciar que para el año 2003 los hombres representan el 49.88% alcanzando los 11.270 individuos, donde el 34.22% son menores de catorce años, 28.18% están entre los quince y veintinueve, el 30.67% representa a la población masculina entre los treinta y sesenta años y un 6.92% son hombres que sobrepasan los sesenta años de edad; para el caso de la población femenina su participación en la estructura poblacional alcanza el 50.12% con 11.325 personas;

haciendo un análisis similar para establecer la conformación del género de acuerdo a los diferentes rangos de edad, se determinó que el 32.95% son menores a catorce años, el 26.78% están entre los quince y veintinueve años, el 34.54% están entre los treinta y sesenta años de edad y el 5.72% esta constituido por mujeres mayores a sesenta años (Figura 19).

Figura 19. Distribución poblacional por género y edades (2003).



FUENTE: DANE

Por otra parte se hace necesario utilizar los métodos estadísticos apropiados para definir la estructura poblacional para los próximos cinco años, periodo conveniente para evaluar el impacto social y la situación financiera de la Empresa Social del Estado en el municipio de Pupiales, bajo este propósito se busca vincular la dinámica del comportamiento demográfico con la definición de políticas de cobertura y la implementación de un portafolio de servicios acorde a los requerimientos de la población teniendo muy en cuenta sus diferentes niveles de desarrollo; el Cuadro 7 resume la proyección de la población del municipio de Pupiales por diferentes grupos de edad.

En términos generales durante el periodo de análisis (2003 – 2008) la población se incrementa en un 11.81% llegando a los 25.262 habitantes, 12.601 hombres y 12.662 mujeres.

Cuadro 7. Proyección de la población por edades.

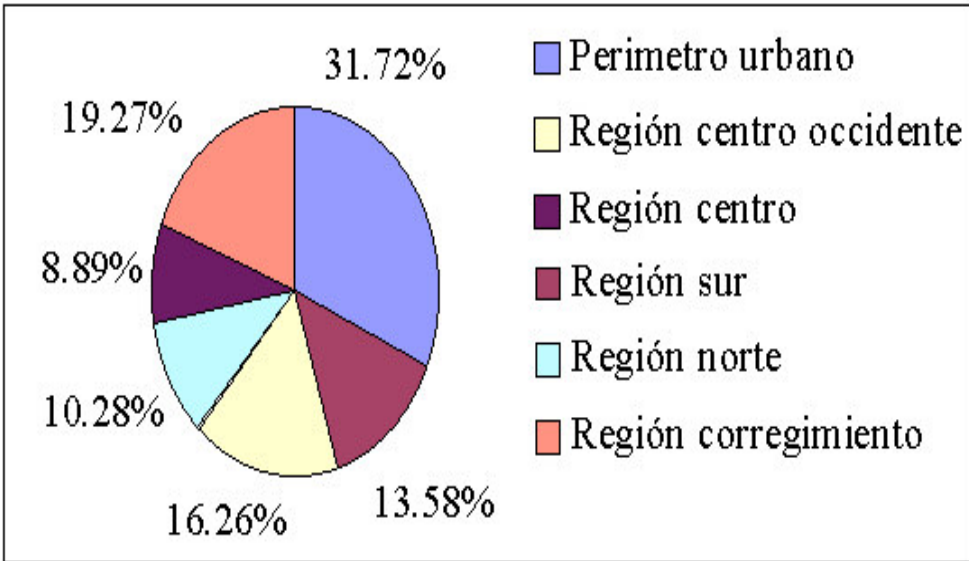
Edad	2004			2005			2006			2007			2008		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
<1 a 9	2.706	2.618	5.325	2.769	2.679	5.448	2.831	2.739	5.571	2.894	2.800	5.693	2.956	2.860	5.816
10 a 19	2.380	2.289	4.669	2.435	2.342	4.776	2.490	2.394	4.884	2.545	2.447	4.992	2.599	2.500	5.099
20 a 29	2.113	2.018	4.130	2.162	2.064	4.226	2.210	2.111	4.321	2.259	2.157	4.416	2.308	2.204	4.511
30 a 39	1.633	1.628	3.260	1.670	1.665	3.335	1.708	1.703	3.411	1.746	1.740	3.486	1.783	1.778	3.561
40 a 49	1.133	1.219	2.352	1.159	1.247	2.407	1.185	1.275	2.461	1.212	1.304	2.515	1.238	1.332	2.569
50 a 59	773	864	1.637	791	884	1.675	808	904	1.712	826	924	1.750	844	944	1.788
60 a 69	447	520	967	458	532	990	468	544	1.012	478	556	1.034	489	568	1.057
70 a 79	251	306	557	257	313	570	262	320	583	268	327	595	274	334	608
> a 80	100	131	231	103	134	236	105	137	241	107	140	247	110	143	252
Total	11.536	11.592	23.128	11.802	11.860	23.662	12.068	12.127	24.195	12.335	12.395	24.729	12.601	12.662	25.262

FUENTE: DANE y Esquema de Ordenamiento Territorial

Finalmente se presenta la población proyectada de acuerdo a la zonificación geográfica realizada anteriormente; bajo este criterio se analiza el promedio del porcentaje de distribución poblacional durante el periodo 2003 a 2008.

En términos generales se puede apreciar que el 31.72% esta ubicada en el área urbana del municipio de Pupiales; el 19.27% de la población se sitúa en la región establecida como área de influencia del Corregimiento de José María Hernández; un 16.26% en la región centro occidente, 13.58% en la región sur; la población situada en la región norte representa el 10.28% y el 8.89% restante en la región centro (Figura 20 y Cuadro 8).

Figura 20. Distribución de población por regiones (Promedio 2003-2008).



FUENTE: Esquema de Ordenamiento Territorial.

Cuadro 8. Proyección de la población por región geográfica.

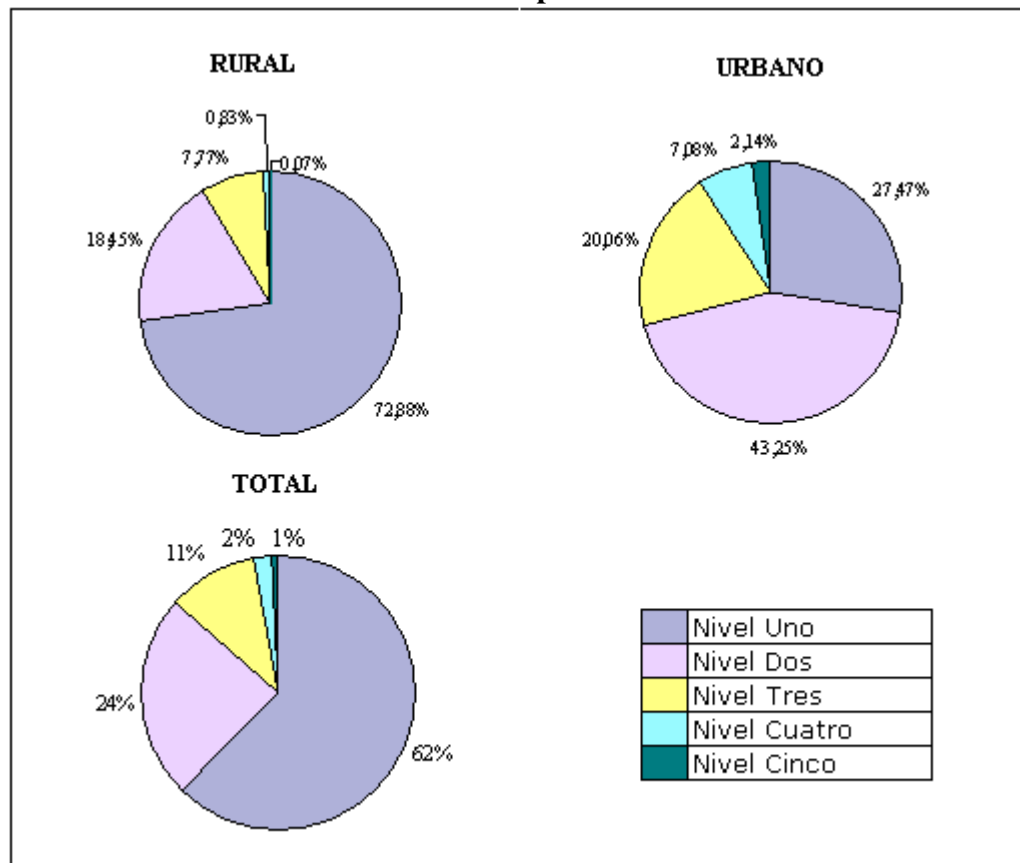
Región geográfica	Población proyectada para el periodo de evaluación					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tasa anual de crecimiento	2,41%	2,36%	2,31%	2,25%	2,21%	2,16%
PERIMETRO URBANO	7.168	7.337	7.507	7.676	7.845	8.014
Casco urbano del municipio	7.168	7.337	7.507	7.676	7.845	8.014
REGION SUR	3.069	3.141	3.214	3.286	3.359	3.431
Ejido San Antonio	191	195	200	204	209	213
Miraflores	915	937	958	980	1.001	1.023
Inchuchala	474	485	497	508	519	530
Tres Esquinas	319	326	334	342	349	357
Calputan	638	653	668	683	698	713
Concordia	358	366	375	383	392	400
San Juan Chiquito	174	178	182	187	191	195
REGION CENTRO OCCIDENTE	3.674	3.761	3.848	3.935	4.021	4.108
Tepud	509	521	533	545	557	569
Chires Sur	610	624	638	653	667	682
Chires Centro	787	805	824	843	861	880
Quitiaquez	584	598	612	626	640	653
Espino Sur	448	459	469	480	490	501
Espino Alto	391	401	410	419	428	438
Pusialquer	345	353	361	370	378	386
REGION NORTE	2.323	2.378	2.433	2.487	2.542	2.597
Imbula Chico	441	451	461	472	482	493
Imbula Grande	538	551	564	576	589	602
El Gualte	455	466	477	488	498	509
Casafria	663	679	694	710	726	741
Chires Mirador	226	231	236	242	247	252
REGION CENTRO	2.007	2.055	2.102	2.149	2.197	2.244
Cuas	253	259	265	271	277	283
Fuelamuesquer	395	404	413	422	432	441
Piacún	793	812	831	849	868	887
El Común	567	580	593	607	620	633
REGION CORREGIMIENTO	4.353	4.456	4.559	4.661	4.764	4.867
José María Hernández	1.712	1.753	1.793	1.834	1.874	1.914
San Marcos	1.036	1.060	1.084	1.109	1.133	1.158
Santa Lucía	390	400	409	418	427	436
San Francisco	298	305	312	319	326	333
Santa Marta	546	558	571	584	597	610
Guacha	185	189	193	198	202	206
Arena Blanca	187	191	196	200	204	209
POBLACION TOTAL	22.595	23.128	23.662	24.195	24.729	25.262

FUENTE: DANE y Esquema de Ordenamiento Territorial municipio de Pupiales

- **Estructura socioeconómica de la población.** Este análisis se realiza con base en la categorización socioeconómica que hace el Sistema de Identificación de Beneficiarios SISBEN, con el objetivo de clasificar la población de acuerdo a su nivel socioeconómico.

La población se la divide en dos grandes grupos; las personas sin capacidad de pago ubicadas en nivel uno y dos potencialmente beneficiarias de los subsidios que otorga el Estado, las cuales conforman el 86% de la población representado por 62% en nivel uno (72.88% nivel uno rural y 43.25% nivel uno urbano) y el 24% en nivel dos (18.45% nivel dos rural y 27.47% en nivel dos urbano) y las personas con capacidad de pago de nivel tres y superiores quienes constituyen el 14% de la población (Figura 21) *.

Figura 21. Estructura socioeconómica de la población.



Fuente: SISBEN 2003 - Municipio de Pupiales

Con base en la proyección certificadas por el DANE se puede establecer que las personas potencialmente beneficiarias de los subsidios para salud son 19.544 para el año 2003; en este punto es importante tener en cuenta que en la base de datos del SISBEN solo existen 13.278 fichas registradas de personas clasificadas en nivel uno y dos; de estas 8.501 se

* Esta categorización se realizó mediante el análisis de las 15.351 fichas registradas en la base de datos del SISBEN del Municipio de Pupiales.

encuentran afiliadas al Régimen Subsidiado y 350 al Régimen Contributivo (100 de los niveles uno y dos); con lo cual resulta una población de 4.577 personas objeto del denominado subsidio para la Prestación de servicios de salud a la población pobre no cubierta por subsidio a la demanda también denominados Vinculados.

Cuadro 9. Segmentación según afiliación al SGSSS (2003).

Tipo de Régimen	Personas
Régimen Subsidiado	8.501
Régimen Contributivo	350
Población pobre por atender	4.577
No afiliados a ningún Régimen	9.167
Total	22.595

Fuente: SISBEN – Municipio de Pupiales

- **Fuentes y usos de los recursos de salud en el Municipio.** Un aspecto importante al analizar el mercado de la salud a nivel territorial es la financiación del sector; esto se desarrolla mediante la asignación de recursos del Presupuesto Nacional para la ejecución de las políticas de subsidiaridad contempladas en la Ley; esta asignación para el caso del municipio de Pupiales representa la fuente mas importante de recursos para el sector salud alcanzando en promedio del 95.4% del total de ingresos reales para el sector durante el periodo comprendido entre los años 1999 a 2003; el restante 4.6% se financia con recursos provenientes del departamento y del municipio (Tabla 4).

Tabla 4. Financiación sector salud periodo 1999 – 2003 (Miles de pesos).

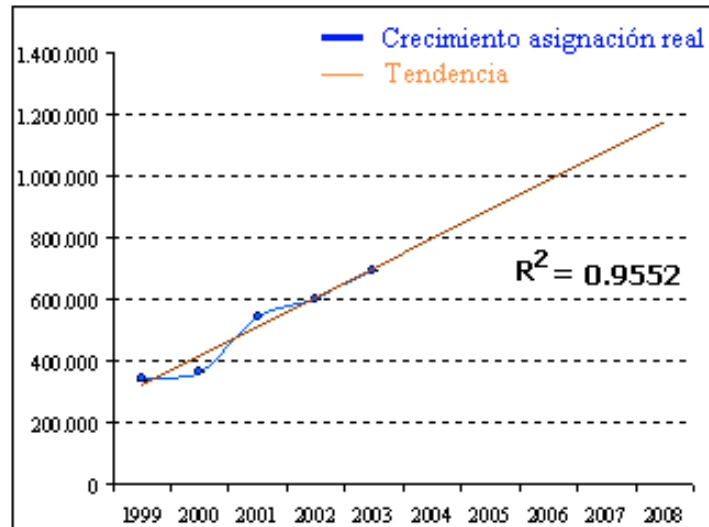
Fuente de recursos	1999	2000	2001	2002	2003
Total asignación sector salud	717.817	853.610	1.352.675	1.597.795	1.996.776
Recursos nacionales	702.817	793.610	1.206.134	1.582.795	1.956.776
Situado Fiscal / SGP	167.561	120.930	351.280	1.218.896	1.405.222
Participación ICN	298.604	412.680	347.867		
FOSYGA Solidaridad	236.652	260.000	506.987	363.899	551.554
Recursos Departamentales	0	35.000	0	0	25.000
Aportes departamentales	0	35.000			25.000
Recursos municipales	15.000	25.000	146.541	15.000	15.000
ECOSALUD - ETESA	15.000	25.000	20.000	15.000	15.000
Esfuerzo propio	0	0	126.541		
Deflactor del PIB	2,10	2,35	2,49	2,65	2,85
Asignación Real (1994 = 100)	342.181	362.945	542.650	602.980	699.403

Fuente: Secretaría de Hacienda Municipal

Teniendo en cuenta esta tendencia se puede estimar un escenario futuro para la financiación del sector durante el periodo 2004 a 2008, esto basado en el comportamiento histórico y las proyecciones preliminares realizadas por la Dirección de Estudios Económicos del

Departamento Nacional de Planeación para variables como la inflación y el crecimiento de la economía durante el quinquenio (Figura 22)*.

Figura 22. Financiación sector salud 1999-2008. (Miles de pesos constantes de 1994).



Fuente: DNP - Secretaría de Hacienda

Estadísticamente se pudo establecer la proyección de asignación de recursos para el sector salud del municipio de Pupiales para el periodo 1999 a 2008 como un escenario supuesto para analizar la demanda de servicios de salud, aplicando las herramientas de la hoja de cálculo, se determinó por medio de análisis de regresión la ecuación de la línea de ajuste entre los valores asignados según los datos presentados en el Tabla 4, dando como resultado las siguientes proyecciones con un nivel de confianza del 95%.

Figura 23. Proyección de recursos para salud (2004 – 2008). (Miles de pesos constantes de 1994)

Año	Proyección
2004	796.376
2005	891.824
2006	987.272
2007	1.082.720
2008	1.178.168

$$y = 223.688 + 95.448x$$

Con estos recursos se financia la afiliación al Régimen Subsidiado (Subsidio a la demanda), la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda

* Buscar sitio WEB del las proyecciones preliminares realizadas por la Dirección de Estudios Económicos del Departamento Nacional de Planeación

(subsidio a la oferta) y las acciones en Salud Pública (Plan de Atención Básica P.A.B), como lo muestran las siguientes tablas.

Tabla 5. Destinación recursos salud periodo 1999 – 2003. (Miles de pesos corrientes).

Años	1999	2000	2001	2002	2003
Régimen Subsidiado	557.043	662.422	1.049.708	1.244.587	1.543.745
Prestación de Servicios población pobre	128.715	153.065	254.467	297.318	345.034
Salud Pública	31.222	37.128	48.500	55.890	107.997
Total	717.817	853.610	1.352.675	1.597.795	1.996.776

Fuente: Secretaría de Hacienda - Municipio de Pupiales

Tabla 6. Destinación recursos salud periodo 1999 – 2003. (Miles de pesos constantes de 1994).

Años	1999	2000	2001	2002	2003
Régimen Subsidiado	265.541	281.654	421.110	469.685	540.722
Prestación de Servicios población pobre	61.358	65.081	102.084	112.203	120.854
Salud Pública	14.883	15.787	19.457	21.092	37.828
Total	342.181	362.945	542.650	602.980	699.403

Fuente: Secretaría de Hacienda - Municipio de Pupiales

Para el caso de la afiliación al Régimen Subsidiado el Municipio de Pupiales ha suscrito contrato con la Administradoras que operan en la zona, con base en la Unidad de Pago por Capitación asignada para cada vigencia; para el año 2003 el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) estableció una UPC-S por un valor de \$180.622,80 para la prestación de los servicios de salud; el valor equivalente en pesos de 1994 es de \$68.506,52 que al ser aplicado a la financiación que para esta cuenta ha establecido el gobierno, se obtiene la asignación de 7.893 subsidios en el año 2003; además, según a lo dispuesto en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 la Caja de Compensación Familiar de Nariño ha destinado recursos para financiar la afiliación de 608 personas al Régimen Subsidiado; en consecuencia, se puede establecer una primera segmentación general del mercado de la salud, es decir las entidades que administran los recursos del Régimen Subsidiado que para el caso del municipio de Pupiales son las siguientes.

Tabla 7. Afiliación al Régimen Subsidiado 2003.

Empresa	Afiliados	%
Emssanar	4.370	51%
Mallamas	1.180	14%
Condor	864	10%
ESS Guaitara	1.344	16%
Cajasalud	135	2%
Cajasalud (Art. 217-Ley100/93)	608	7%
Total	8.501	100%

Con base en el comportamiento de las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado, el crecimiento real de la Unidad de Pago por Capitación se procede a estimar un posible escenario de este segmento de la demanda de servicios de salud.

Para el cálculo se tuvo en cuenta una tasa de crecimiento real del 0.76% de la UPC-S y la tendencia de la asignación de recursos para esta cuenta durante el periodo 1999 a 2003, los datos obtenidos se presentan en la Tabla 8.

Tabla 8. Proyección de la afiliación al Régimen Subsidiado (1994 = 100).

Concepto	2004	2005	2006	2007	2008
Transferencias Nacionales	617.259.000	691.098.000	764937000	838.776.000	912.615.000
Recursos de las Cajas	43.947.617	46.470.210	49.137.600	51.958.098	54.940.493
Total Fuentes de Financiación	661.206.617	737.568.210	814.074.600	890.734.098	967.555.493
UPC-S (Proyectada)	73.713,016	79.315,205	85.343,160	91.829,240	98.808,263
Total Afiliados	8.970	9.299	9.539	9.700	9.792

Otra parte de la demanda de servicios de salud esta conformada por las personas que definidas como pobres no cuentan con un subsidio del régimen descrito anteriormente, para el año 2003 a este grupo corresponden 4.577 personas; para ellos el Estado a destinado recursos por un valor de \$345.034.000 para garantizar la atención en salud en el primer grado de complejidad; es decir \$75.384 per capita.

Este monto es inferior en \$14.927,4 al 50% del valor de la UPC-S corriente, el cual representa un estimativo promedio que garantiza el cubrimiento de las actividades en primer nivel de atención por persona.

El movimiento de este rubro depende de la asignación que haga anualmente la nación, para esto se tiene en cuenta lo establecido en el artículo 49 de la Ley 715 de 2001 según el cual se toma a nivel macroeconómico los recursos destinados durante la vigencia inmediatamente anterior que financian el Sistema General de Participaciones para salud y se incrementan en la inflación causada más el incremento real de los ingresos del presupuesto de la Nación, a esto se deduce la financiación del subsidio a la demanda y los recursos destinados a financiar las acciones en Salud Pública y demás deducciones establecidas por la Ley; con ello se obtiene el valor neto a distribuir para la financiación de la prestación de servicios de salud a la población pobre, a nivel municipal se realiza la respectiva distribución con base en la población certificada como beneficiaria y factores de ajuste por dispersión poblacional y un factor que pondere los servicios no contemplados en POS.

Estas disposiciones se toman como base para analizar la dinámica de estos recursos en el Municipio de Pupiales mediante la aplicación de un modelo econométrico que permita establecer un posible escenario futuro para la asignación de recursos en este renglón.

Como variables determinantes del nivel de asignación de recursos se toma la inflación, el nivel de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) el cual esta estrechamente relacionado con el incremento de recursos para la Nación, la cobertura del régimen subsidiado a nivel municipal y el comportamiento del numero de beneficiarios para este subsidio en el municipio como se muestra en el siguiente modelo.

$$Y = \beta_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + U_t$$

donde,

y = Recursos para prestación de servicios a la población pobre (variable endógena).

X_2 = Inflación causada (Variable exógena).

X_3 = Crecimiento real del PIB (Variable exógena).

X_4 = Cobertura del Régimen Subsidiado (Variable exógena).

X_5 = Población pobre por atender (Variable exógena).

U_t = Variable aleatoria

Teniendo en cuenta los criterios de Ley se hace las siguientes restricciones a los parámetros; β_1 (C) representa un parámetro matemático que calcula el intercepto de la ecuación de regresión; β_2 es el parámetro asignado a la inflación la cual tiene una influencia negativa sobre la asignación de recursos para este rubro, β_3 representa la sensibilidad de la ecuación ante un eventual cambio en la dinámica de la producción interna del país bajo el supuesto de que a mayor producción hablando en términos macroeconómico existe una tendencia positiva a incrementar los recursos del Sistema General de Participaciones; finalmente se establece la influencia de la cobertura del Régimen Subsidiado a nivel municipal, es decir que el parámetro β_4 tiene una sensibilidad negativa puesto que a mayor cobertura en este régimen menor será la población por atender, caso contrario ocurre con el incremento de poblacional que estructuralmente incrementa la población en nivel uno y dos del SISBEN, esto lo esta representado en el parámetro β_5 .

Los datos que se toman para realizar el proceso de estimación de los parámetros son los presentados en el siguiente Cuadro.

Cuadro 10. Comportamiento de variables modelo econométrico.

Año	Asignación de recursos población pobre (1994=100)	Inflación causada	Crecimiento real del PIB	Cobertura Régimen Subsidiado	Población pobre por atender
	y	X 2	X 3	X 4	X 5
1999	61.358	9,2	-4,2	4.800	7.028
2000	65.081	8,7	2,9	4.898	7.238
2001	102.084	7,6	1,4	7.398	5.050
2002	112.203	7	1,7	8.265	4.497
2003	120.854	6	2,0	8.501	4.577

Fuente: DNP, Secretaria de Salud (Pupiales)

Para encontrar los valores estimados se procede a aplicar el método de análisis de regresión mediante la utilización del programa MICRO TSP; los resultados fueron los que se detallan a continuación.

Figura 24. Resultados estimación de parámetros.

LS // Dependent Variable is Y

Date: 2-07-2004 / Time: 17:35
 SMPL range: 1999 - 2003
 Number of observations: 5

VARIABLE	COEFFICIENT	STD. ERROR	T-STAT.	2-TAIL SIG.
C	537221.04	1.128E-06	4.761E+11	0.000
X2	-15870.542	2.765E-08	-5.739E+11	0.000
X3	653.12946	1.670E-09	3.911E+11	0.000
X4	-20.356944	7.411E-11	-2.747E+11	0.000
X5	-32.640521	7.385E-11	-4.420E+11	0.000

R-squared	1.000000	Mean of dependent var	92316.00
Adjusted R-squared	1.000000	S.D. of dependent var	27411.07
S.E. of regression	4.92E-09	Sum of squared resid	2.42E-17
Durbin-Watson stat	3.296936	Log likelihood	92.57603

Fuente: LILIEN, David M. Micro TSP: versión 6.53. SN 600000

De conformidad con los resultados obtenidos se puede establecer con un nivel de confianza de 100% que las variables exógenas son representativas en la explicación del modelo; no obstante, existe contradicción entre la restricción realizada al parámetro β_5 y la estimación negativa que se encontró al calcular el valor del parámetro; al respecto según lo presenta Damodar Gujariti en su libro *Econometría*, lo importante radica en establecer la “relevancia teórica y lógica”²¹ de las variables que intervienen en el modelo y no necesariamente regirse a la formulación empírica que se realiza a priori; lo anterior se fundamenta en que se pudo establecer un alto grado de significación entre el comportamiento de las variables exógenas y la variable dependiente.

²¹ GUJARITI, Damodar. *Econometría*. México: McGraw-Hill, 1984. p 105.

Mediante la formulación y estimación de este modelo se pudo establecer que la asignación de recursos para la prestación de servicios de salud a la población pobre esta altamente determinada por el comportamiento de la inflación con una influencia negativa, en segundo lugar el crecimiento real del PIB también es significativo; en términos generales según el modelo estudiado la asignación de recursos para la población pobre sin subsidio a la demanda se rige por la siguiente ecuación de regresión.

$$Y = 537.221,04 - 15.870,54 X_2 + 653,13 X_3 - 20,35 X_4 - 32,64 X_5$$

10.1.3 Demanda de servicios de salud. Se analizan aspectos relacionados con la morbilidad, la utilización histórica de los servicios y se realizan las proyecciones de la demanda futura.

- **Morbilidad y mortalidad general:** Con base en los informes presentados por el Centro de salud municipal a los organismos de dirección y control del sistema de salud a nivel nacional y departamental, se puede establecer las principales características de la demanda de servicios de salud a nivel municipal; en primera instancia se analiza el perfil epidemiológico general, la demanda actual de servicios y finalmente se proyecta un escenario futura para la demanda potencial de la nueva Empresa Social del Estado.

En cuanto a las principales patologías que se pueden determinar según los casos atendidos por Consulta externa y de acuerdo a su orden en importancia están: infección respiratoria aguda IRA con un promedio porcentual de 28% de los casos atendidos durante los dos años, Trastornos osteomusculares con el 10%, dispepsia y trastornos gástricos 8%, infección de vías urinarias 7%, politraumatismo intestinal 7%, enfermedad diarreica aguda EDA 7%, enfermedades de transmisión sexual 4%, caries dental 4%, hipertensión arterial 3% y neuralgia el 3%; los casos totales atendido durante los dos año se incrementaron en un 103% de acuerdo a la variación parcial que se estableció para cada enfermedad tal como lo muestra la Tabla 9.

Tabla 9. Morbilidad general por consulta externa 2002 – 2003.

No	Causa	2.002	2.003	Var
1	Infección respiratoria aguda	3.641	4.772	31%
2	Poliparacitismo intestinal	984	1.055	7%
3	Enfermedad diarreica aguda	928	1.136	22%
4	Dispepsia y trastornos gástricos	921	1.336	45%
5	Hipertensión arterial	820	307	-63%
6	Infección de vías urinarias	818	1.452	78%
7	Trastornos osteomusculares	813	2.548	213%
8	Caries dental	594	552	-7%
9	Neuralgia	457	376	-18%
10	Enfermedades de transmisión sexual	394	1.121	184%
11	Otras enfermedades	-	6.400	-
Total		10.370	21.054	103%

Fuente: Informe Red de Servicios 2003

La mortalidad general para el año 2002 fue de 36 casos y 49 para el año 2003, entre las principales causas se encuentran: muerte por arma de fuego con un promedio del 19% en los casos presentados, insuficiencia cardiaca congestiva 12%, disfunción multisistémica 11%, paro cardiaco respiratorio 7%, hemorragia intracerebral 6%, hipertensión severa 6% y deshidratación grado III con el 4% entre las mas importantes. No existen reportes asociados a mortalidad perinatal, mortalidad infantil o mortalidad materna.

- **Comportamiento de la prestación de servicios:** Otro dato importante que se ha podido obtener es el comportamiento de la prestación de servicios de salud durante los tres últimos años, de esta manera se tiene referencia del comportamiento histórico de la demanda tal como lo detalla el Cuadro 11.

Cuadro 11. Comportamiento de la prestación de servicios.

UNIDAD	INDICADOR	2001	2002	2003*	PROMEDIO
AMBULATORIOS	Consultas externas MD General	13.490	22.670	21.054	19.071
	Consultas externas MD Especialista	0	0	0	0
	Actividades odontológicas	3.929	12.483	8.454	8.289
	Dosis biológicos aplicados	0	7.139	7.102	4.747
	Citologías tomadas	0	960	1.661	874
URGENCIAS	Consultas de urgencias	671	1.782	1.136	1.196
HOSPITALIZACIÓN	Camas	4	4	5	4
	Egresos	368	376	197	314
	% ocupacional	50	50	60	53
	Promedio día estancia	0,002	0,002	0,002	0
	Giro cama	92	94	113	100
QUIRÓFANOS	Cirugías	0	0	0	0
	Partos	26	31	52	36

*Proyectado

Fuente: Informe Red de Servicios 2003 - Formato A_Oferta IPS

Con base en estos datos y los registros de prestación de servicios suministrados por el programa de facturación se procede a analizar la demanda actual de los servicios de salud.

Consulta externa: Durante el año 2003 se atendió un total de 23.145 consultas de las cuales el 86.4% de los casos se atendieron en el Centro de Salud municipal y el 13.6% restante en los Puestos de Salud veredales y en el Corregimiento; 67% a mujeres y 33% a hombres.

En este tipo de consulta se compone de los siguientes servicios profesionales: Consulta ambulatoria de medicina general (Código 39141), Consulta ambulatoria de medicina especializada (Código 39143) y Consulta de control de enfermería.

Teniendo en cuenta que los días laborados al año suman 264 se calcula el promedio diario de atención por servicio: 77 consultas de medicina general, 2 de medicina especializada y 8 de control de enfermería como se detalla en la Tabla 10.

Tabla 10. Servicios de consulta externa – 2003.

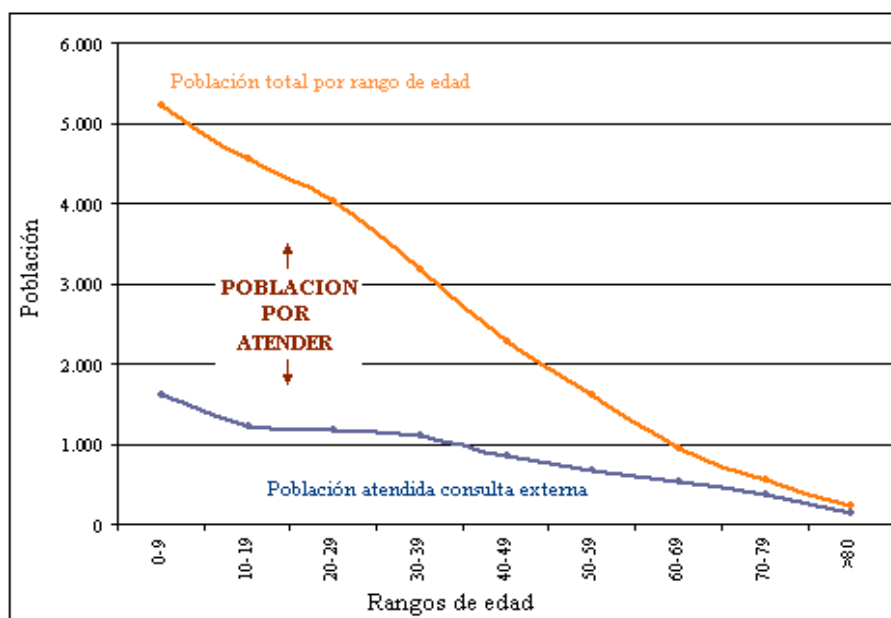
Código	Nombre	Consultas	Tarifa 2003	Valor
39141	Consulta ambulatoria de medicina general	20.458	13.300	272.097.697
39143	Consulta ambulatoria de medicina especializada	495	19.100	9.449.929
39360	Consulta de control de enfermería	2.192	8.500	18.630.010
Total		23.145		300.177.636

Fuente: Centro de Salud Pupiales - Programa GESTION 2003

Por otra parte, se ha establecido que la tasa de intensidad de uso de los servicios de salud es de 3, o sea el valor promedio de veces que un paciente utiliza los servicios; este dato es importante para determinar aproximadamente la población atendida, sin tener en cuenta la frecuencia de uso; es decir, si las consultas totales suman 23.145 y este valor se divide entre el promedio de intensidad de uso (3) encontramos que en el año 2003 se atendieron en servicios de consulta externa a 7.715 personas que representan el 34% de la población total del municipio.

Aplicando el mismo criterio de análisis a la prestación de servicios de consulta externa a la población de acuerdo a los diferentes grupos etéreos se puede establecer que existe gran cantidad de personas sin cobertura del servicio (Figura 25).

Figura 25. Cobertura consulta externa por edades – 2003.

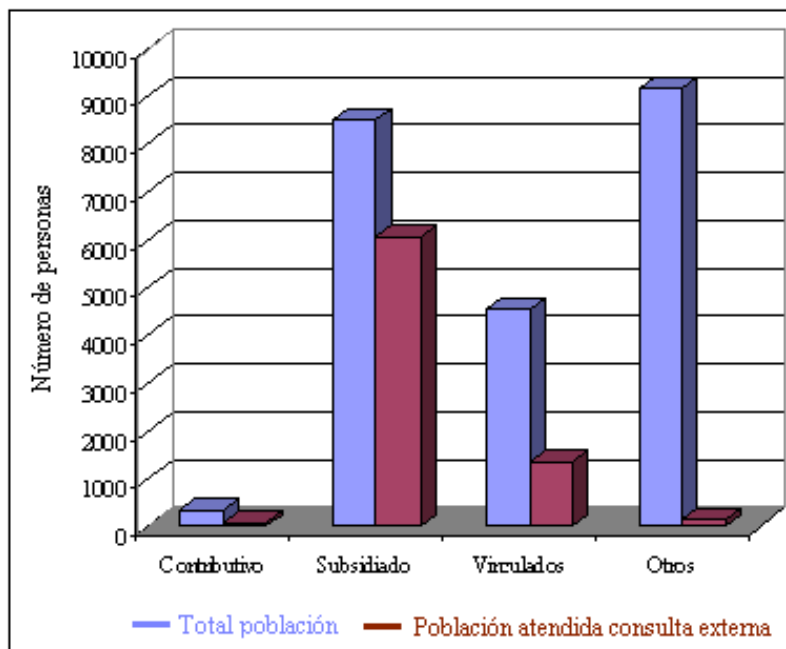


Fuente: Centro de Salud - Programa facturación (Gestion 2003).

Como lo muestra la anterior grafica, la brecha de atención es mas grande hacia la población menor edad y tiende a ser paralela hacia la población de mayor edad; para el caso de la población menor a 20 años existen 6.918 individuos que no han hecho uso de los servicios durante todo el año, entre las edades de 20 a 39 años 4.929, entre 40 a 59 años 2.377, entre los 60 y 79 años 573 y para la población con más de 80 años no se atendieron 83 individuos; en total la población no atendida en este servicio suma 14.880 personas.

En cuanto a la demanda de servicio según el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se puede apreciar que la mayor demanda se presenta por parte de los afiliados al Régimen Subsidiado a quienes se prestó un total de 18.262 consultas alcanzando una atención de 6.087 afiliados nivel que representa una cobertura del 72%; para los afiliados al Régimen Contributivo se atendió 302 consultas a un total de 101 afiliados alcanzando 29% de cobertura; también se tiene en cuenta la atención a las personas pobres sin afiliación al Régimen Subsidiado denominados Vinculados de los cuales se atendieron 4.135 consultas a una población neta de 1.378 beneficiarios con una cobertura total del 30% y finalmente se encuentra la atención de personas particulares y otros beneficiarios de programas especiales como los desplazados de los cuales se atendió 445 consultas a 148 personas con una cobertura del 2%.

Figura 26. Cobertura consulta externa – aseguramiento.



Fuente: Centro de salud - Programa facturación (Gestion 2003)

Teniendo en cuenta que el sistema de salud soporta la atención de un usuario por dos veces durante el año y que es supremamente importante iniciar la promoción de la salud preventiva hace mucha falta ampliar el nivel de cobertura de este servicio; esto se analiza

más detenidamente para realizar la proyección de la demanda para el periodo de evaluación en los capítulos subsiguientes.

Servicio de odontología. durante la vigencia 2003 se prestaron a la comunidad 7.739 consultas en el área de odontología; siguiendo el mismo esquema de análisis utilizado para el anterior servicio se pudo determinar que el 69% de las consultas se las atendió en el Centro de Salud de Pupiales y el restante 31% en las unidades veredales; en cuanto a genero el 63% de las atenciones se realizaron a mujeres y el 37% a hombres; el índice de intensidad de uso para este servicio se calcula en 2.3, con lo cual las personas atendidas es de 3.365, cantidad que representa el 15% del total de la población.

El cuadro 12 muestra de forma discriminada y en orden de importancia el código, el nombre del procedimiento realizado y la cantidad del mismo; estos datos se obtuvieron del sistema de información del Centro de Salud del municipio de Pupiales.

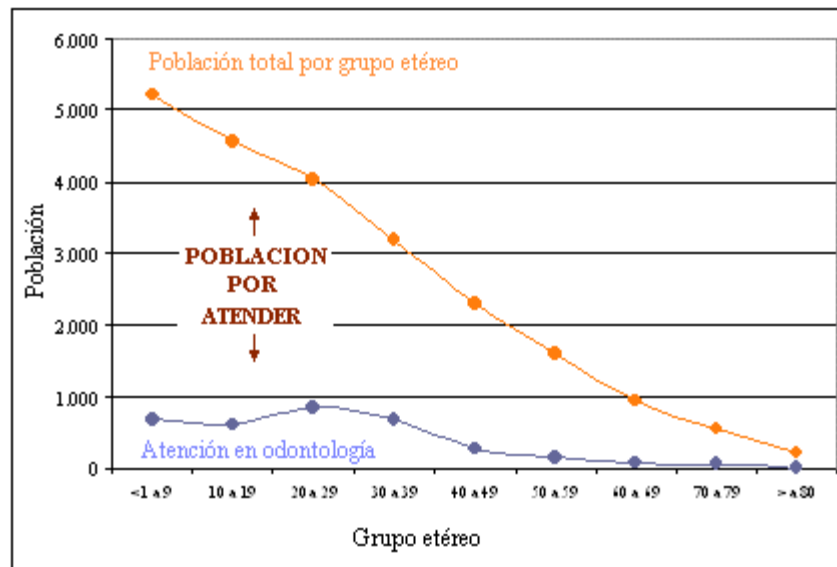
Cuadro 12. Servicios de odontología por procedimiento (2003).

Código	Procedimiento	Cantidad
36203	Obturación de una superficie en resina de fotocurado	3.091
36202	Obturación de una superficie adicional en amalgama de plata o resina compuesta de autocurado	1.354
36201	Obturación de una superficie en amalgama de plata o resina compuesta de autocurado	806
36602	Exodoncia simple de multirradiculares	654
36204	Obturación de superficie adicional en resina de fotocurado	479
36804	Exodoncia diente temporal	365
36101	Examen clínico de primera vez	318
36601	Exodoncia simple de unirradiculares	288
36401	Tratamiento de conductos en dientes unirradiculares con radiografía previa y de control; no incluye valor de RX	123
36803	Tratamiento de conductos dientes temporales	97
36908	Aplicación de sellantes de fotocurado en fosetas y fisuras (cada diente)	56
36902	Control de placa y de cepillado	48
36402	Tratamiento de conductos en dientes birradiculares con radiografía previa y de control; no incluye valor de RX(cada conducto)	14
36303	Detartraje (por cuadrante)	11
36403	Tratamiento de conductos en dientes multirradiculares con radiografía previa y de control; no incluye valor de RX (cada conducto)	9
36907	Aplicación de sellante de autocurado en fosetas y fisuras (cada diente)	9
36603	Exodoncia unirradicular (vía abierta), con radiografía previa y de control; no incluye valor de RX	6
37704	Acciones socio educativas a grupo, sesión	5
36604	Exodoncia multirradicular (vía abierta), con radiografía previa y de control; no incluye valor de RX	2
36903	Educación en salud oral y control de riesgo	2
36102	Consulta de urgencias (para solución de problemas agudos, dolorosos, hemorrágicos, traumáticos o infecciosos)	1
36206	Obturación definitiva de una superficie adicional en ionómero de vidrio	1
Total		7.739

Analizando la prestación de servicios de odontología de acuerdo al grupo etéreo atendido se puede apreciar un comportamiento similar a la atención en consulta externa, la cobertura tiene una pendiente negativa que acentúa la poca demanda entre los grupos de edad menor; analizando esta situación de acuerdo a los diferentes grupos etéreos se puede establecer que

en la población menor a 20 años existen 8.476 personas que no hicieron uso del servicio durante el año 2003, entre los 20 y 39 años 5.685 personas, entre los 40 y 59 años 3.480 individuos, entre los 60 y 79 años 1.365 y mayores a ochenta años 224; sumando un total de 19.230 personas sin atención, valor que representa el 85% de la población (Figura 27).

Figura 27. Cobertura odontología por edades (2003).

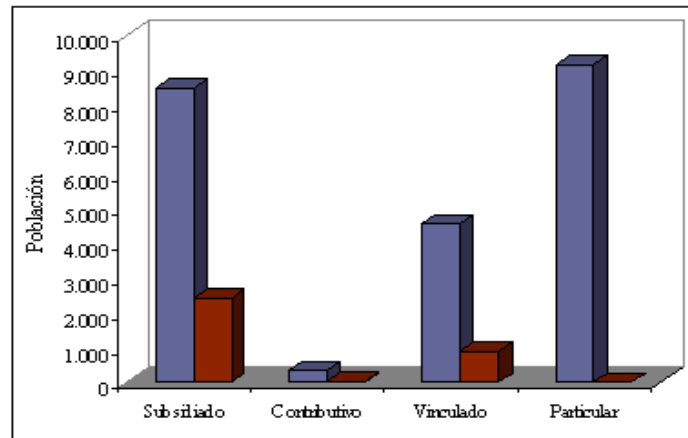


Fuente: Centro de Salud - Sistema de Facturación (Gestión 2003)

De acuerdo al aseguramiento de la población la mayor parte de los servicios se prestaron al Régimen Subsidiado con una cobertura del 29% del total de afiliados en el municipio de Pupiales, valor que representa el 72% de las personas atendidas; para el caso de los afiliados al Régimen Contributivo se atendieron 25 consultas odontológicas alcanzando un bajo nivel de cobertura no superior al 7%; en cuanto a la atención a personas pobres o vinculados el servicio de odontología presentó una cobertura del 20% del total de la población beneficiaria y se presenta una baja cobertura en la atención de personas particulares en la cual solo existe referencia de la prestación de 7 consultas durante todo el año, esto representa una cobertura del 0.074% (Figura 28).

En este servicio hace falta mayor promoción y divulgación de la importancia de asistir a consulta odontológica, aplicando los criterios de prevención de la salud oral; de igual manera que la prestación de servicios en la unidad de consulta externa existe mucho trabajo por realizar por parte de la nueva Empresa Social del Estado debido a que la población sin atender es muy considerable y uno de los puntos importantes a tener en cuenta es la cobertura de los servicios en general.

Figura 28. Servicio de odontología según afiliados al SGSSS.



Fuente: Centro de Salud - Programa Facturación (Gestión 2003)

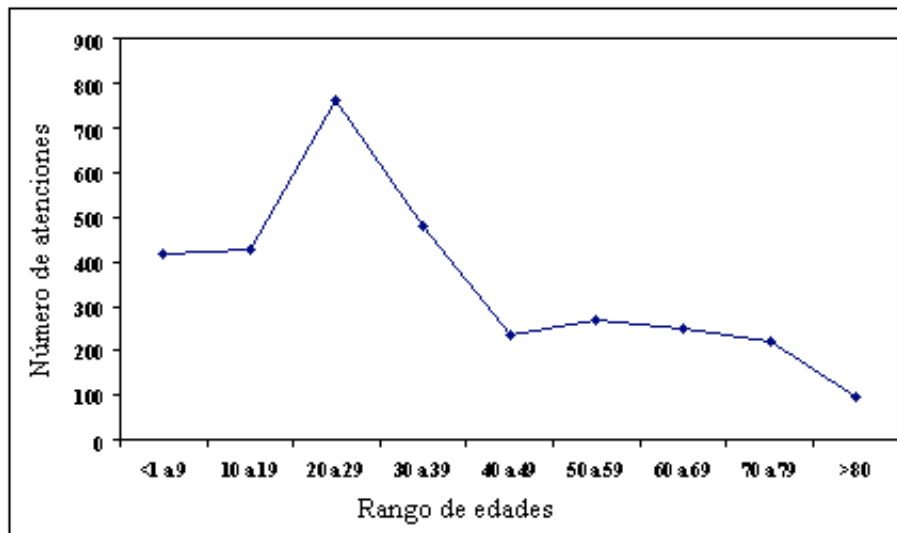
Servicio de urgencias. Dentro de servicio de urgencias se han 3.172 casos; el 11% de ellos se atendieron en los puestos de salud y el restante 89% en el Centro de Salud de Pupiales de acuerdo a lo que se detalla en el siguiente Cuadro.

Cuadro 13. Servicios de Urgencias año 2003.

Código	Descripción	Cantidad
15200	Onicectomía una a dos uñas	5
27115	Lavado de oídos	59
27119	Extracción cuerpo extraño conducto auditivo externo, sin incisión	3
27121	Taponamiento nasal anterior	1
28112	Extracción cuerpo extraño superficial de córnea	1
37404	Drenaje piel y/o tejidos celular subcutáneo, incluye: Absceso superficial, hematoma, panadizo	7
38114	Habitación de cuatro ó mas camas	13
38915	Sala de observación	181
39131	Atención diaria intrahospitalaria, por el médico general tratante, del paciente no quirúrgico u obstétrico	13
39135	Valoración por el médico general, del recién nacido y controles del sano durante toda su permanencia en el servicio de hospitalización	35
39145	Consulta de urgencias	1.027
39146	Sutura	145
39201	Derechos de sala para suturas	66
39202	Derechos de sala para curaciones	1.188
39305	Materiales de sutura y curación, medicamentos y soluciones, oxígeno, agentes y gases anestésicos	94
39943	Ambulancia Pupiales-Ipiales	312
39944	Ambulancia Pupiales-Pasto	20
30202	Aplicación de glóbulos rojos o sangre, en paciente hospitalizado	1
3710802	Inserción o retiro de dispositivo intrauterino de cualquier tipo; incluye: consulta y dispositivo	1
Total		3.172

El 52% del servicio prestado en esta área se realizó a mujeres y el 48% a hombres; en cuanto a la atención por edades se puede apreciar que existe mayor demanda del servicio por la población menor de 40 años mostrando un punto máximo entre el rango de 20 a 29 años para el cual se prestó un total de 763 consultas.

Figura 29. Atención de urgencias por edades (2003).



Fuente: Estadística Centro de Salud Pupiales

El índice de intensidad de uso para este servicio se calcula en 2.7 veces dando como resultado la atención de 1.175 personas, número que representa el 5% de la población total.

Por otra parte se pudo establecer que la mayor parte de la demanda en este servicio la hicieron los afiliados al Régimen Subsidiado con el 71%, en segundo lugar están los beneficiarios del subsidio a la población pobre o vinculados con el 24%, la demanda realizada por afiliados al Régimen Contributivo representa el 5% y finalmente el uso de servicio de urgencias por personas particulares es mínimo (0.09%).

Para este tipo de servicio es importante tener en cuenta que son casos fortuitos que se presentan dentro del territorio área de influencia; la responsabilidad de la Empresa Social del Estado es contar con el personal y los medios necesarios que le den una capacidad de respuesta inmediata ante estas eventualidades para realizar procedimientos oportunos y eficientes en el cuidado de la salud del paciente.

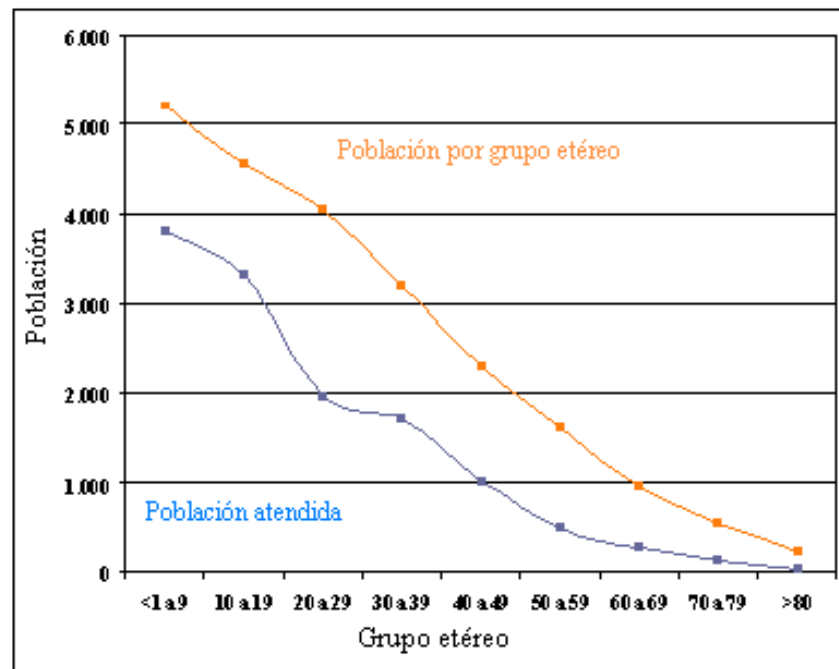
Para posteriores análisis de este servicio se toma la dinámica promedio mensual de casos presentados para realizar las respectivas proyecciones necesarias para formular las estrategias necesarias que garanticen el buen desempeño del servicio.

Promoción y prevención. En este componente de los servicios se realizan las diferentes actividades relacionadas con el concepto de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, estas actividades también involucran la responsabilidad que tiene el ente territorial en cuanto a la asunción de actividades de promoción y prevención como lo establecido el Acuerdo número 229 de fecha 17 de mayo de 2002 mediante el cual se define la proporción de la UPC-S para que los municipios financien las acciones de promoción y prevención para el Régimen Subsidiado.

En total durante la vigencia 2003 se desarrollaron 43.149 actividades de promoción y prevención, tal como lo detalla el Cuadro 14 en el cual se aprecia que la mayor prestación de servicios se realizó en actividades como “Control de placa y de cepillado (Código 36902)”, “Aplicación de sellantes de fotocurado en fosetas y fisuras (Código 36908)” entre las de mayor rotación en el servicio; según el reporte de facturación el 97% de las actividades se realizaron en el Centro de Salud y el 3% en los puestos de salud auxiliares; por otra parte se aprecia que el 65% de las acciones realizadas recaen sobre la población femenina y el restante 35% a la población masculina. La intensidad de uso del servicio por persona se calcula en 3.4 veces con lo cual se estima la atención de 12.690 personas, alcanzando un cobertura del 56% de la población total.

En cuanto a la prestación de servicios por grupo etéreo se puede apreciar que estas actividades han alcanzado un nivel mayor de cobertura que los servicios analizados anteriormente; la población sin atender menor a 30 años es de 4.740, para el rango de edad entre los 30 y 59 años 3.883 y para la población mayor a 60 años 1.282 personas (Figura 30).

Figura 30. Servicios de promoción y prevención por edades.



Fuente: Estadística Centro de Salud Pupiales

Cuadro 14. Servicios en actividades de promoción y prevención (2003).

Código	Actividad	Cantidad
37108	Aplicación del dispositivo intrauterino	71
43093	Antisarampion	297
43096	Pentavalente	123
60101	Aplicación de bcg	183
60102	Aplicación de antihepatitis b	881
60103	Aplicación de dpt	1.265
60104	Aplicación de antipolio	1.542
60105	Aplicación de conjugada contra h. influenza	785
60106	Aplicación triple viral	803
60108	Antifiebre amarilla	220
60201	Aplicación de vitamina k	1
60401	Citología cervico uterina	2.035
60403	Medición agudeza visual	728
993130	Pentavalente	42
1124201	Oclusión bilateral	26
1923701	Colesterol hdl	576
1924101	Colesterol ldl	574
1924201	Colesterol total	574
1929001	Creatinina adulto	592
1930401	Hemograma completo	242
1949001	Glucosa en suero - glicemia embarazo	243
1949002	Glucosa en suero - glicemia basal adulto	578
1949701	Gram tincion y lectura	23
1950901	Hemoclasificacion embarazo	155
1950902	Hemoclasificacion recién nacido	2
1951701	Examen de hemoglobina	465
1977501	Parcial de orina embarazo	288
1977502	Parcial de orina adulto	574
1988601	Serologia presuntiva vdrl-rpr embarazo	234
1988602	Serologia presuntiva vdrl-rpr parto	3
1994001	Trigliceridos	575
3110101	Ecografía obstetricia - ultrasonografia pélvica obs.	1
3610101	Consulta odontología embarazada	177
3630301	Detartraje supragingival	2.117
3690201	Control de placa bacteriana	7.663
3690401	Aplicación fluor gel	2.049
3690501	Aplicación de fluor solución	66
3690701	Aplicación sellantes autocurado	42
3690801	Aplicación sellantes fotocurado	5.576
3914101	Consulta por medico planificación familiar	272
3914102	Consulta por medico crecimiento y desarrollo	732
3914103	Consulta por medico alteraciones del joven	1.967
3914104	Consulta por medico embarazo	241

3914105	Consulta adulto mayor	586
3936001	Consulta enfermera planificación familiar mujer	27
3936002	Control enfermera crecimiento y desarrollo	82
3936003	Control enfermera embarazo	34
6010701	Toxoide tetanico y difterico	2.754
6010702	Toxoide tetanico y difterico embarazo	166
6030101	Control atencion parto	3
6030102	Control recién nacido	1
6030103	Control planificación familiar	129
6030104	Control medico embarazo	261
6030201	Control enfermera planificación familiar	730
6030202	Control enfermera crecimiento y desarrollo	2.331
6030203	Control enfermera embarazo	443
TOTAL		43.149

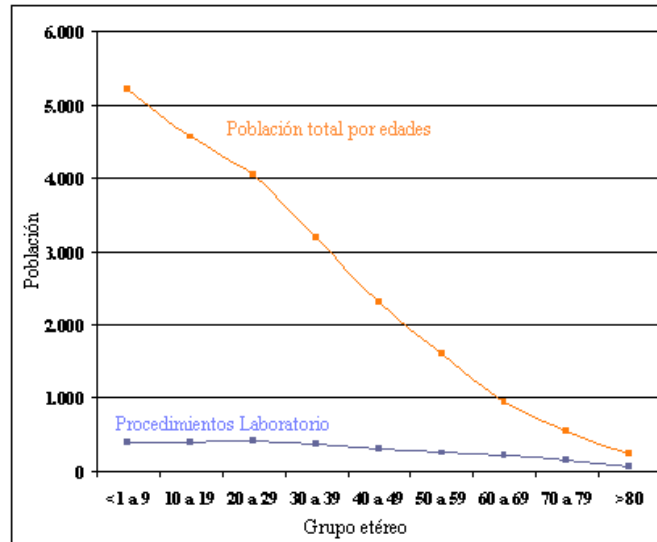
Fuente: Área de Estadística – Centro de Salud Pupiales.

Laboratorio Clínico. El Centro de Salud del municipio de Pupiales ha implementado la unidad de Laboratorio clínico donde se presta servicio de pruebas de sangre, pruebas de orina, coprológicos y otras pruebas especiales; durante la vigencia 2003 se prestaron 9.820 procedimientos.

De acuerdo al genero de los usuarios del servicio el 73% se presto a la población femenina y el 27% a la población masculina; el índice de intensidad de uso se calcula en 3.9 veces promedio determinando de esta manera una población atendida de 2.534 personas, número que representa el 11% de la población total.

En cuanto a la atención de la población en este servicio por grupo etéreo se puede apreciar que el nivel de cobertura es sumamente bajo quedando un total de 20.061 personas que no hacen uso del servicio, la brecha de cobertura se acentúa más en los grupos de menor edad (Figura 31).

Figura 31. Cobertura servicios de laboratorio (2003).



Fuente: Estadística Centro de Salud - Pupiales

De acuerdo a la prestación de servicios por sistema de aseguramiento se aprecia que en el Régimen Subsidiado se alcanzó un nivel de cobertura del 23%, en el Régimen Contributivo el 13%, para los Vinculados 12% y para el caso de los Particulares no existe reporte de atención.

Finalmente es necesario hacer referencia a la relación directa que tiene este servicio con los servicios ambulatorios como consulta externa y urgencias puesto que sirve de apoyo en el diagnóstico de los casos presentados.

Servicios de ginecostetricos. En el Centro de Salud del municipio de Pupiales se atienden partos que no presenten complicaciones, en el año 2003 se atendieron 46 partos. Esta es un área que necesita mayor desarrollo y principalmente una campaña de promoción que impulse el servicio en la comunidad.

Venta de medicamentos. Esta actividad se lleva acabo en la farmacia del Centro de Salud de Pupiales y en la Farmacia del Puesto de Salud del corregimiento de José María Hernández; para analizar la dinámica de este servicio se procedió a realizar el estudio estadístico de la facturación de las formulas despachadas; en términos generales se pudo establecer que durante el periodo 2003 se despacharon 21.977 formulas con un valor promedio de \$23.237.

El índice de intensidad de uso se calcula en 2.99 con lo cual se determina la atención de 7.360 personas, el 61% del servicio destinado a la atención de la población femenina y el 38% a la población masculina; por otra parte según el rango de edad se pudo apreciar que 65% del despacho de formulas se hizo a personas menores a 40 años y el 35% a personas mayores a los 39 años.

En el Régimen Subsidiado se alcanzó una cobertura del 69% prestando el servicio a 5870 personas, en el Régimen Contributivo la cobertura fue del 34% con 120 personas atendidas, el despacho de formulas a los beneficiarios del subsidio a la población pobre se hizo a 1194 personas, número que representa el 26% de esta población y en la atención a particulares se despacharon 176 formulas con un 2% de cobertura.

- **Análisis de referencia de pacientes.** De conformidad con la organización que el gobierno nacional a determinado para la red de servicios de salud, en el municipio de Pupiales se ha implementado el sistema de referencia y contrarreferencia de paciente; como el Centro de Salud de Pupiales es una institución del primer nivel de complejidad, la mayor parte de remisiones se hacen al segundo nivel de complejidad en este caso hacia el Hospital Civil de Ipiales con una tasa promedio del 96% durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2003 y el 6% al tercer nivel de complejidad en este caso instituciones hospitalarias de la ciudad de Pasto.

De acuerdo al sistema de afiliación de las personas remitidas se pudo apreciar que en promedio el 80% de los pacientes eran beneficiarios del Régimen Subsidiado, el 2% del Régimen Contributivo y el 17% lo representan los usuarios del subsidio a la población pobre (Vinculados); la variación durante el periodo 2002 a 2003 fue de 12% pasando de 493 personas remitidas en el año 2002 a 554 en el siguiente periodo, manteniendo un promedio del 2% de la población total del municipio (Tabla 11).

Tabla 11. Remisión de pacientes (2002 – 2003).

Afiliación SGSSS	2002	2003	Var.
Régimen Subsidiado	402	439	9%
Régimen Contributivo	14	11	-21%
Vinculados	77	104	35%
Total	493	554	12%

Fuente: Informe red de servicios 2002 - 2003

Para el caso de las especialidades a la cual se remiten los pacientes se tiene en orden de importancia que y en términos promedio que el 23% del total de remisiones se realizan a la especialidad de oftalmología, el 13% a ginecología, el 11% a medicina interna, 10% a ortopedia, 8% a cirugía general, 6% a pediatría, 1 a psiquiatría y el restante 27% representa remisiones a otras especialidades como urología, neurología y dermatología entre las más importantes; además es preciso tener en cuenta que la frecuencia de estas remisiones es muy baja considerando que el promedio diario de remisión es igual a 0.2 veces por día.

- **Proyección de la demanda futura.** Por tratarse de un proyecto de carácter social el principal énfasis que se hace dentro del análisis de la demanda futura radica principalmente en el establecimiento de un mayor nivel de cobertura de los servicios prestados por la institución; a continuación se presenta la proyección de la demanda futura por cada uno de los servicios:

Consulta externa. La Tabla 12 muestra la proyección de los servicios de consulta externa pasando de 23.145 actividades en el año 2003 a 33.800 para el año 2008 con un incremento real del 46% en la prestación de este servicio; al comparar esta proyección con la población y en función del índice de rotación del servicio se establece el nivel de cobertura del servicio; por ejemplo, para el año 2008 se proyecta la prestación de 33.800 procedimientos de consulta externa con un índice de rotación igual a 2, es decir que cada persona en promedio asiste dos veces al año a este servicio, con esto se estima una cobertura real de atención de 16.900 personal lo cual representa una cobertura del 67% sobre la población total (igual análisis se hace para los demás años).

Tabla 12. Proyección demanda servicio de consulta externa.

Concepto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	var. (%)
Procedimientos	23.145	24.062	25.849	29.074	32.687	33.800	46
Población total	22.595	23.128	23.662	24.195	24.729	25.262	12
Índice de rotación	3	3,0	2,6	2,4	2,2	2,0	-33
Personas atendidas	7.715	8.021	9.942	12.114	14.858	16.900	119
Cobertura	34%	35%	42%	50%	60%	67%	96

Servicio de odontología. De conformidad con los datos suministrados en la Tabla 13 y bajo los mismos principios de análisis del anterior servicio se presentan las proyecciones para el servicio de odontología con lo cual se suponen un incremento del 123% en la prestación del servicio pasando de 7.740 actividades en el año 2003 a 17.240 para el año 2008, con esto se alcanza una cobertura del 34% de la población.

También se hace referencia a la disminución del índice de intensidad de uso para que el servicio sea más eficiente y se aproxime a los criterios de igualdad y universalidad en la atención.

Tabla 13. Proyección demanda servicio de odontología.

Concepto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	var. (%)
Procedimientos	7.740	8.318	9.361	11.000	13.500	17.240	123
Población total	22.595	23.128	23.662	24.195	24.729	25.262	12
Índice de rotación	2,3	2,2	2,1	2,0	2,0	2,0	-13
Personas atendidas	3.365	3.781	4.458	5.500	6.750	8.620	156
Cobertura	15%	16%	19%	23%	27%	34%	129

Actividades de promoción y prevención. La Tabla 14 resume la proyección de este servicio, se espera realizar en el año 2008 50.699 procedimientos de prevención y promoción para alcanzar una cobertura del 67% de la población.

Tabla 14. Proyección demanda actividades de promoción y prevención.

Concepto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	var. (%)
Procedimientos	43.146	44.605	46.092	47.600	49.138	50.699	18
Población total	22.595	23.128	23.662	24.195	24.729	25.262	12
Índice de rotación	3,4	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	-12
Personas atendidas	12.690	14.868	15.364	15.867	16.379	16.900	33
Cobertura	56%	64%	65%	66%	66%	67%	19

Servicios de ginecosectricos. Esta es un área que tiene gran capacidad de desarrollo y de gran impacto dentro de la comunidad; según la proyección de cobertura realizada se planea cubrir la totalidad de los partos presentados sin complicación de acuerdo a las proyecciones presentadas en la Tabla 15.

Tabla 15. Proyección demanda de servicios ginecosectricos.

Concepto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	var. (%)
Procedimientos	46	48	52	58	60	65	41

Servicio de Urgencias. Para proyectar este servicio se tiene en cuenta que a lo largo debe existir una tendencia negativa en la demanda del servicio, debido a la influencia de las campañas de prevención de la salud y la eficiencia de los demás servicios; también se enfatiza en la disminución de índice de rotación.

Como tendencia general se mantiene un cobertura de 5% de la población en este servicio debido a que este es el nivel de uso histórico del servicio.

Tabla 16. Proyección servicio de urgencias.

Concepto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	var. (%)
Procedimientos	3.173	3.037	2.887	1.944	2.000	2.070	-35
Población total	22.595	23.128	23.662	24.195	24.729	25.262	12
Índice de rotación	2,7	2,5	2,3	1,5	1,5	1,5	-44
Personas atendidas	1.175	1.215	1.255	1.296	1.333	1.380	17
Cobertura	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5

Proyección servicio de laboratorio. Teniendo en cuenta la baja cobertura del servicio se establece la necesidad de incrementar en un 286% la prestación de procedimientos de laboratorio debido a su importancia en el apoyo que brinda esta área en la determinación del diagnóstico del paciente y su contribución en el desarrollo de procesos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Tabla 17. Proyección servicios de laboratorio.

Concepto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	var. (%)
Procedimientos	9.820	10.521	12.103	11.778	16.258	21.885	123
Población total	22.595	23.128	23.662	24.195	24.729	25.262	12
Índice de rotación	3,9	3,5	3,0	2,5	2,0	2,0	-48
Personas atendidas	2.534	3.006	4.034	4.711	8.129	10.942	332
Cobertura	11%	13%	17%	19%	33%	43%	286

Proyección servicio farmacéutico. Teniendo en cuenta el promedio de la tasa de incremento de los servicios descritos anteriormente se procede a estimar el comportamiento del despacho de formulas por parte de la farmacia municipal, esto debido a la estrecha relación entre las actividades ambulatorias y el apoyo farmacéutico de esta unidad.

Tabla 18. Proyección servicio farmacéutico.

Concepto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	var. (%)
Desp. Formulas	21.977	22.040	22.794	22.736	23.470	24.214	10
Población total	22.595	23.128	23.662	24.195	24.729	25.262	12
Índice de rotación	3,0	2,9	2,9	2,8	2,8	2,8	-7
Personas atendidas	7.360	7.600	7.860	8.120	8.382	8.648	18
Cobertura	33%	33%	33%	34%	34%	34%	5

- **Análisis de la red de servicios.** La red de servicios se constituye por las instituciones que desarrollan actividades propias de la atención en salud, se divide en red pública que en este caso estará conformada por el Centro de Salud de Pupiales y los Puestos de Salud Auxiliares y la Red privada que esta conformada principalmente por consultorios médicos y odontológicos.

El cuadro 15 muestra las IPS de tipo privado que se encuentran en el municipio de Pupiales, principalmente se aprecia que el 75% de la entidades prestan servicio de odontología, el 25% medicina general y el 13% una unidad medica que presta varios servicios; cave recordar que estas instituciones únicamente prestan servicio de carácter particular, debido a que ninguno de ellos a suscrito contrato con la Administradoras del Régimen Subsidiado o Contributivo, ni tampoco con el ente territorial en lo cual la red publica tiene prioridad.

Una limitación para analizar la oferta es que no se dispone de información de la prestación de servicios que estas instituciones realizan, por tanto se sigue enfatizando en proyectar el mercado en niveles de cobertura por parte de la red pública, estos es adecuado si se tiene en cuenta la ventaja monopolística de la Empresa Social del Estado.

Cuadro 15. Otras IPS en el área de influencia.

No.	Nombre de la entidad	Régimen	Servicio
1	Unidad Médica General	Particular	Medicina general Pediatria Ginecología
2	Sonrisalud	Particular	Odontología
3	Consultorio odontológico: Dr. Pedro Cadena	Particular	Odontología
4	Consultorio odontológico: Dr. Jaime Cabrera	Particular	Odontología
5	Consultorio odontológico: Dra. Yomaira Rosero	Particular	Odontología
6	Consultorio odontológico: Dra. Betty Guerrero	Particular	Odontología
7	Consultorio Médico: Dr. Germán Flores	Particular	Medicina general
8	Consultorio Médico: Dr. Eduardo Rodríguez	Particular	Medicina general

Fuente: Informe Red de Servicios 2003.

- **Gestión comercial.** Este punto hace referencia al establecimiento de las estrategias básicas para que la empresa se poseione en el mercado.

En primera medida, se plantea que una estrategia importante para la venta de servicios de salud a las instituciones como ARS, EPS, el Municipio y la comunidad en general es la presentación del portafolio de servicios institucional, esta herramienta muy importante para hacer conocer la existencia institucional y la oferta de servicios con la cual se presenta al mercado de la salud; en torno a este instrumento se desarrollan actividades como promoción de ventas, publicidad, ventas personalizadas y relaciones públicas en general.

Una vez la institución haya definido su carta de presentación (portafolio de servicios) esta en condiciones de contratar los servicios que ofrece de acuerdo a las opciones contractuales que ha determinado el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como son la capitación, por conjunto de atención integral (CIA), el pago por actividad o evento, por presupuesto de oferta o una combinación de estas; a continuación se describe cada una de ellas²².

Contratación por capitación. Este tipo de contratación se caracteriza por el pago de un porcentaje de la UPC para que la institución prestadora atienda a la población afiliada a una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS) o una Empresa Promotora de Salud (EPS), sin depender del nivel de frecuencia que hagan los usuarios del servicio de salud.

Contratación por conjunto de atención integral. Por medio de este sistema se contrata la atención integral de un evento que involucra la prestación de servicios de las diferentes áreas que ha implementado la institución prestadora, el cual es remunerado de acuerdo al

²² COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. La prestación de servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado en el Sistema de Seguridad Social en Salud: Guía de capacitación y consulta. Bogotá: El Ministerio, 2000. p 44 – 48.

manual tarifario establecido por la ley donde se definen los servicios e insumos por patología.

Contracción por servicios prestados o evento. Representa el método mas difundido de contratación en el país, se caracteriza por la facturación y cobro de cada servicio prestado por lo que los ingresos de la institución son determinados por el volumen de operación.

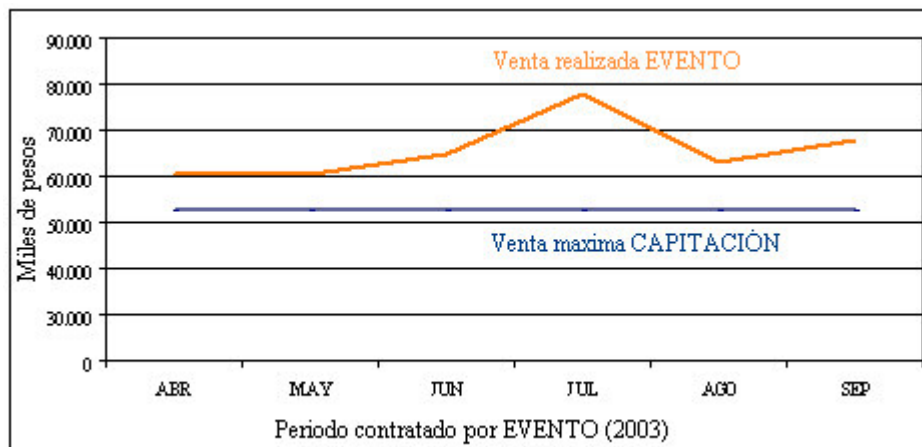
Contratación con recursos de oferta. Este sistema ya no esta vigente, anteriormente se caracterizaba por la contratación que hacia el Estado en sus diferentes niveles de jerarquía para atender a la población vinculada o prestar servicios no cubiertos en el POS mediante el pago directo de las transferencia asignadas por la nación; actualmente con la expedición de la Ley 812 de 2003 el gobierno ha establecido la necesidad de ejecutar estos recursos mediante sistemas contractuales acordes a la cantidad y valor de los servicios prestados.

Como complemento a la política de aumentar el nivel de cobertura es importante implementar el sistema de contratación por evento siendo el más adecuado para incrementar la prestación de servicios y lograr de esta manera un mayor impacto sobre el área de influencia de la institución; esto también es importante para garantizar el fortalecimiento económico y financieros de la empresa.

Esta es una política comercial puesta a prueba en el Centro de Salud durante el periodo contractual comprendido entre los meses de abril a septiembre del año 2003, prácticamente este sistema se aplicó en un ciento por ciento en los contratos con las ARS Mallamas, Emssanar y Guatara mostrando buenos resultados.

Como lo muestra la Figura 32 el sistema de contratación por evento produjo mayores ingresos para la institución demostrando una tendencia incremental durante los meses contratados; en términos generales se obtuvo un incremento del 25% sobre el total estimado por contratos por capitación durante el periodo, a nivel promedio las ganancias mensuales son de \$13.138.000 sobre los \$52.670.000 que es el ingreso máximo esperado con el sistema de contratación por capitación.

Figura 32. Ingresos por capitación y evento (Abril a septiembre de 2003).



Fuente: Estadística Centro de Salud Pupiales

- **Gestión de insumos.** Para esta parte únicamente se hace referencia a la verificación del registro de los distribuidores de medicamentos e insumos hospitalarios ante el INVIMA, lo cual garantiza mayor grado de calidad de los insumos; al respecto el Instituto Departamental de Salud Nariño ha publicado una relación de distribuidores que cumplen con las normas establecidas para este fin; también es importante la organización en el manejo de estos materiales desarrollando un sistema de información para programar las compras de acuerdo a los requerimientos de la empresa.

Otro aspecto importante es la inclusión en un sistema de asociación de centros hospitalarios regionales para adquirir mayor potencial de contratación de insumos con los distribuidores; esto garantiza mejores condiciones de precios y calidad.

- **Conclusiones estudio de mercado.** Este punto se desarrolla con el objetivo de presentar algunas consideraciones sobre las características generales del mercado para la Empresa Social del Estado en cuanto a limitaciones encontradas, incentivos y principalmente la existencia de un potencial de demanda que respalde la constitución de esta empresa.

En primer lugar se puede establecer algunos aspectos que ha limitado el análisis del mercado; uno de ellos es la falta de concordancia entre la población certificada por el DANE y la base de datos del SISBEN, entre estas fuentes existe un desajuste de 7.244 personas en la vigencia 2003; en otras palabras el municipio solo ha reconocido el 68% de la población certificada es decir 15.351 personas. Al respecto se optó por no proyectar el nivel de cobertura por encima de la población SISBEN debido a que esta base de datos contiene realmente los registros de la población potencialmente beneficiaria de los servicios de salud (Régimen Subsidiado, Régimen Contributivo y Vinculados), mercado sobre el cual existe un alto grado de monopolio por parte del Centro de Salud; la población según el DANE es utilizada también para establecer niveles de cobertura, esto de acuerdo a la

metodología empleada por los órganos de control del sistema de salud a nivel nacional y departamental con el objeto de estandarizar algunos indicadores.

Otra limitación encontrada es la falta de indicadores de cobertura y productividad por parte de las entidades privadas que tienen influencia en el municipio de Pupiales; no se pudo establecer la existencia de reportes o informes de evaluación en la Secretaría de Salud Municipal; esto ha limitado analizar el comportamiento de la oferta privada de servicios de salud; esta situación no presenta mayor influencia sobre el estudio debido nuevamente a la situación monopolica de la red pública.

En cuanto a aspectos que incentivan la continuación del proyecto se tiene por una parte la creciente asignación de recursos para el sector salud destinados a la financiación de subsidios y principalmente la baja cobertura de los servicios analizados es el principal fundamento para buscar otras alternativas de organización que permitan fortalecer la prestación de servicios de salud, en este caso la constitución de la Empresa Social del Estado.

El siguiente cuadro muestra algunos indicadores que identifican el alto porcentaje de población que no ha tenido cobertura por los servicios prestados en el Centro de Salud.

Cuadro 16. Indicadores de prestación y población sin cobertura.

Indicador Servicio	Pcc. por habitante (año)	Pcc. por día	Intensidad de uso	Porcentaje población no atendida									
				Pob. Total	Pob. SISBEN	Pob.<40 años	Pob.>40 años	Genero		Sistema de aseguramiento			
								H	M	S	C	V	P
Consulta externa	1,02	88	3,0	66	50	70	54	77	54	28	71	70	98
Odontología	0,34	29	2,3	85	78	83	73	89	81	71	93	80	100
Urgencias	0,14	12	2,7	95	92	95	93	97	96	90	83	94	100
Prom.y prevención	1,91	163	3,4	44	17	39	57	61	27	28	97	41	100
Laboratorio	0,43	37	3,9	89	83	94	74	94	84	77	87	88	100
Farmacia	0,97	83	3,0	67	52	72	54	75	60	31	66	74	98
PROMEDIO	0,80	68,81	3,05	74	62	76	68	82	67	54	83	74	99

El primer indicador muestra la prestación de servicios anual por habitante, según los datos se aprecia que únicamente en consulta externa y prevención y promoción se realiza más de una actividad por habitante al año (para el caso de farmacia se entiende el indicador como el promedio de despacho de formulas); se debe tener en cuenta que bajo los criterios de la practica de salud preventiva se debe atender como mínimo 2 veces al año a cada persona para garantizar el cuidado de la salud, por esto es importante incrementar los niveles de operación.

La prestación de servicios por día se refiere a número de procedimientos realizados en promedio durante un día laboral, básicamente este indicador se utilizará para el análisis administrativo del proyecto.

Por otra parte, el Cuadro 16 también muestra que el porcentaje de población no atendida es relativamente alto, si se tiene como base la población DANE el porcentaje de población sin cobertura es de 74% y el 62% tomando la población SISBEN que representa el potencial del mercado en el municipio; por otra parte haciendo una división de la población sobre los cuarenta años se observó que para la población menor a esta edad existe un 76% en promedio de población sin atender y un 68% para la población mayor a 40 años.

En cuanto a género, 82% de la población masculina no tuvo atención y 67% en la población femenina. Por otra parte, según el sistema de afiliación y tomando únicamente la población registrada por el SISBEN se aprecia que no se atendió al 54% en promedio a los beneficiarios del Régimen Subsidiado (S), 83% en el Régimen Contributivo (C), 74% para los Vinculados (V) y para el caso de los particulares (P) se tuvo en cuenta la controversia estadística entre los datos del DANE y el SISBEN, por lo que no se tienen en cuenta este indicador.

Finalmente se realizaron ajustes a las proyecciones de la demanda futura para no sobrepasar la población registrada en el SISBEN con el objeto de dar más seguridad a los resultados del estudio.

De lo anterior se concluye que la conformación de la Empresa Social del Estado se debe tener en cuenta la prestación de los servicios básicos que se han desarrollado hasta la actualidad por parte del Centro de Salud municipal, es decir consulta externa, odontología, promoción y prevención, urgencias, laboratorio y farmacia; los cuales se deben fortalecer integralmente para mejorar los niveles de calidad y cobertura; esto se considera objetivo prioritario para garantizar la universalidad del servicio antes de iniciar la implementación de otras actividades ya que no existe dicha necesidad según demostrado en el estudio de referencia de pacientes.

10.2 ESTUDIO TÉCNICO

Una vez realizado el análisis del mercado de la salud en el municipio de Pupiales y determinado que existe la necesidad de fortalecer la institución para mejorar la cobertura de los servicios prestados, se procede a analizar en esta parte del proyecto variables como tamaño, localización, instalaciones y la organización requerida.

Es importante tener en cuenta que el proceso de constitución de la Empresa Social del Estado se fundamenta en la transformación del Centro de Salud municipal, por tanto gran parte de este estudio se centra en la evaluación de las variables técnicas existentes para determinar su capacidad y aporte en el desarrollo de las políticas de cobertura propuestos en el capítulo anterior.

10.2.1 Tamaño. El tamaño del proyecto se plantea de acuerdo a las metas de cobertura propuestas con base en la utilización de los recursos que transfiere el Municipio a la nueva Empresa Social del Estado como lo es la infraestructura física, la dotación mobiliaria,

equipos médicos y demás elementos administrativos que conforman el patrimonio del Centro de Salud municipal.

El cuadro 17 muestra un comparativo entre la oferta real que es el nivel de operación actual que tiene el Centro de Salud municipal representando indicadores como operación total, operación por habitante según población SISBEN y la cobertura total de la operación; la segunda parte resume la capacidad u oferta teórica del proyecto con base en los mismos indicadores la cual se calculo de acuerdo a la capacidad instalada del Centro de Salud.

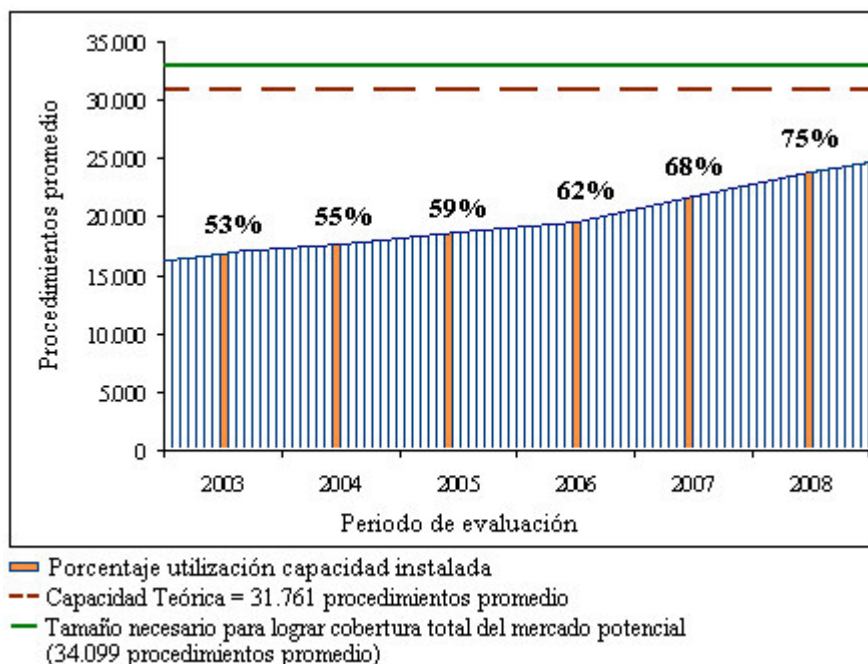
Cuadro 17. Capacidad del proyecto.

Indicador Servicio	OFERTA REAL				OFERTA TEORICA			
	Operación Total	Oper. por habitante (año) SISBEN	Oper. por día	Cobertura población SISBEN	Operación Total	Oper. por habitante (año) SISBEN	Oper. por día	Cobertura población SISBEN
Consulta externa	23.145	1,51	88	50	42.240	2,75	160	98
Odontología	7.740	0,50	29	22	31.680	2,06	120	62
Urgencias	3.173	0,21	12	8	3.500	0,23	13	10
Prom.y prevención	43.146	0,64	37	83	52.000	3,39	197	98
Laboratorio	9.820	0,64	37	17	43.146	2,81	163	64
Farmacia	14.720	0,96	56	48	18.000	1,17	68	70
PROMEDIO	16.957	0,74	43	38	31.761	2,07	120	67

COLOMBIA. DNP. Manual metodológico para la identificación, preparación y evaluación de proyectos de atención del primer de salud. Bogotá: DNP, 1994. p 22.

Al comparar la capacidad de operación instalada y la proyección realizada de cobertura de los servicios de salud se pudo establecer que al inicio de la transformación de la Empresa Social del Estado, es decir la vigencia 2003 se alcanza un nivel de utilización del 53% de la capacidad total y se proyecta para el 2008 incrementar este indicador al 75% para alcanzar los niveles de cobertura propuestos (Figura 33).

Figura 33. Utilización capacidad instalada.



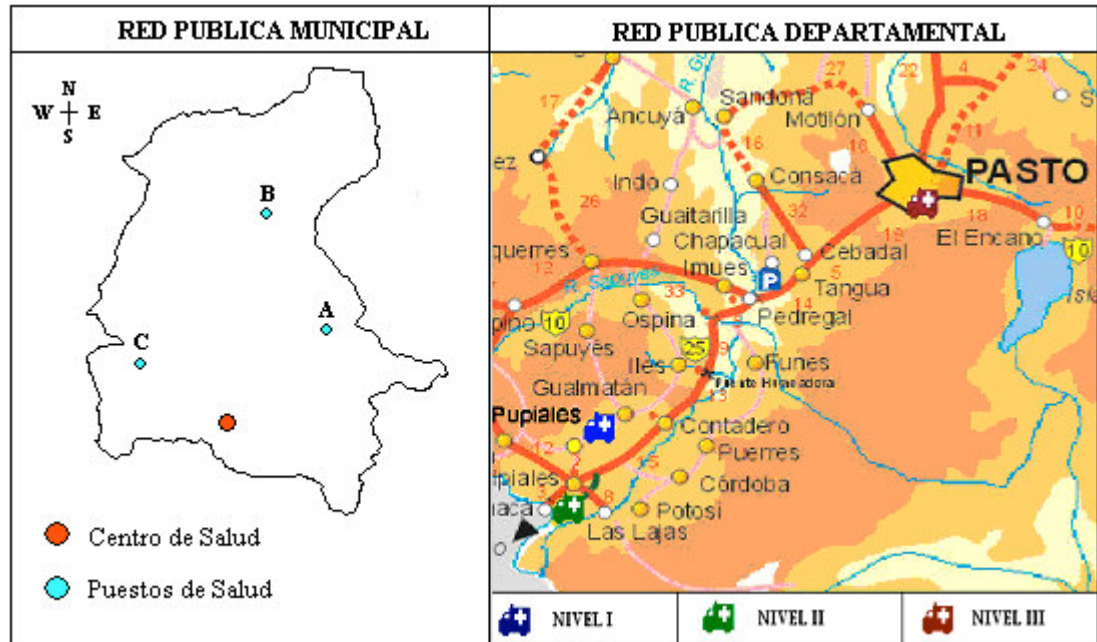
Con la utilización de los actuales recursos se alcanza el 93% del tamaño necesario para cubrir el 100% del mercado potencial, por lo tanto es factible incrementar la prestación de servicios utilizando eficiente el espacio y la dotación actual para adecuar la empresa a los requerimientos propios de la demanda; esto debe tomarse como una política fundamental en la dirección de la empresa si se tiene en cuenta que el Ministerio de la Protección Social no ha priorizado la ampliación o construcción de un nuevo Centro de Salud dentro del Plan Bienal de Inversiones.

10.2.2 Localización. En este punto solo se presenta con fin informativo, debido a que la infraestructura del Centro de Salud será la utilizada para la operación de la empresa.

Como lo muestra la Figura 34, la localización de la red pública a nivel municipal está distribuida de acuerdo a la zonificación establecida en la contextualización geográfica del municipio de la siguiente manera, el Centro de Salud municipal está ubicado en el casco urbano dentro de la zona sur del municipio, este se considera como el eje central de la red, donde concentra el área directiva de la institución y la prestación de servicios de salud con un nivel mayor de complejidad, también se puede identificar la ubicación de los puestos de salud como el de José María Hernández (A) localizado en la zona sur occidental del municipio donde tiene influencia directa sobre las veredas de la parte baja del corregimiento; el puesto de salud de la vereda El Común (B) ubicado al norte del municipio y el puesto de salud de la vereda Pusialquer ubicado en la zona sur oriental.

Todas estas instituciones hacen parte del primer nivel de complejidad como lo muestra el icono azul dentro del contexto departamental; la distancia que existe hasta la ubicación del Hospital Civil de Ipiales que es una institución de segundo nivel (icono verde) es de aproximadamente 7 kilómetro desde la cabecera municipal de Pupiales y 87 kilómetros hasta la ciudad de Paso donde se encuentran instituciones del tercer nivel de complejidad (icono marrón).

Figura 34. Localización a nivel municipal y departamental.



A nivel micro la ubicación del Centro de Salud municipal esta en la salida al corregimiento de José María Hernández sobre la calle séptima con número 6-99 en un predio de propiedad del municipio.

Como lo muestra la Figura 35 existen en establecimientos contiguos y cercanos a la institución como lo es una escuela y la plaza de mercado; al respecto se debe tener mucha precaución en el manejo de sanitario de la empresa para no causar problemas derivados del contagio de patologías tratadas, tanto a la población estudiantil y a la oferta de productos alimenticios que se realiza en la plaza de mercado; complementariamente es importante controlar el aseo de la plaza para no producir un efecto contrario de contaminación. Otro aspecto que se debe tener en cuenta es su cercanía a la planta de producción de la empresa Colacteos la cual se encuentra a una cuadra de la institución, esto debe estar reconocido dentro de un plan de seguridad hospitalario de la institución y las normas de ordenamiento territorial del municipio.

El puesto de salud de José María Hernández esta ubicado sobre la calle que conduce a la institución educativa Los Héroes, sobre un lote de propiedad de la Junta de Acción

comunal, el cual se debe legalizar a nombre de la empresa; es preciso tener las mismas precauciones descritas anteriormente por su cercanía al plantel educativo (Figura 36).

Igual situación se presenta en el puesto de salud de la vereda El Común el cual funciona contiguo a la escuela de la vereda; tanto este puesto de salud como el de la vereda Pusialquer están construidos sobre propiedades de la comunidad que la empresa debe legalizar para poder hacer inversiones que propendan por el mejoramiento institucional.

Figura 35. Microlocalización Centro de Salud de Pupiales.

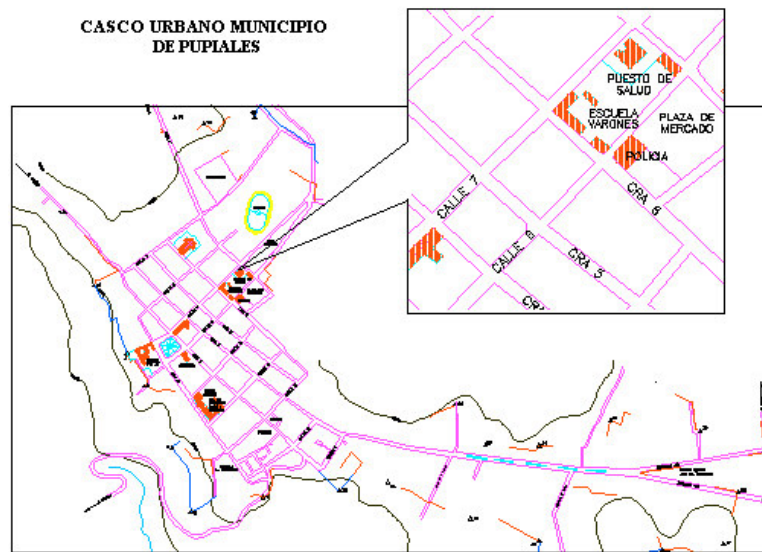
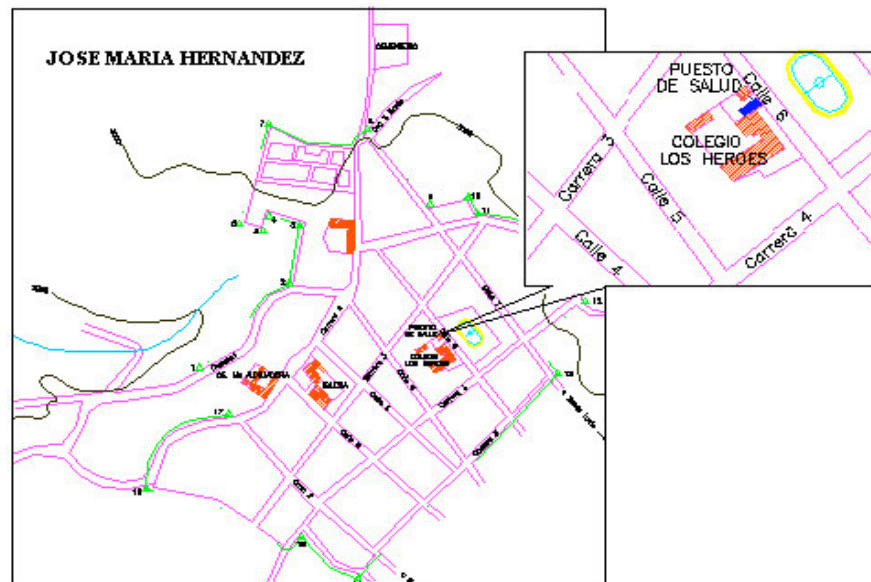


Figura 36. Microlocalización puesto de salud José María Hernández.



10.2.3 Proceso operativo. En este punto se describe de una manera sistemática las actividades y procedimientos necesarios para la prestación de servicios oportunos y organizadamente.

Los insumos requeridos para llevar a cabo el proceso operativo están constituidos principalmente por los medicamentos esenciales definidos por la ley, productos biológicos, reactivos para laboratorio y componentes necesarios para uso médico y odontológico; técnicamente todos estos elementos deben estar avalados por el INVIMA y cubiertos por un programa especial de almacenamiento y manejo que permita garantizar un buen nivel de calidad y disponibilidad de los mismos durante todo el periodo de operación.

El proceso operativo de la empresa se analiza de una manera general determinando los procedimientos esenciales de la atención en salud, no se profundiza en las actividades de tipo médico o de otros servicios debido a que existe un manual de procedimientos por área dentro de la implementación del Sistema de Garantía de Calidad de la institución,²³ el cual contiene en detalle las actividades propias de cada unidad asistencial.

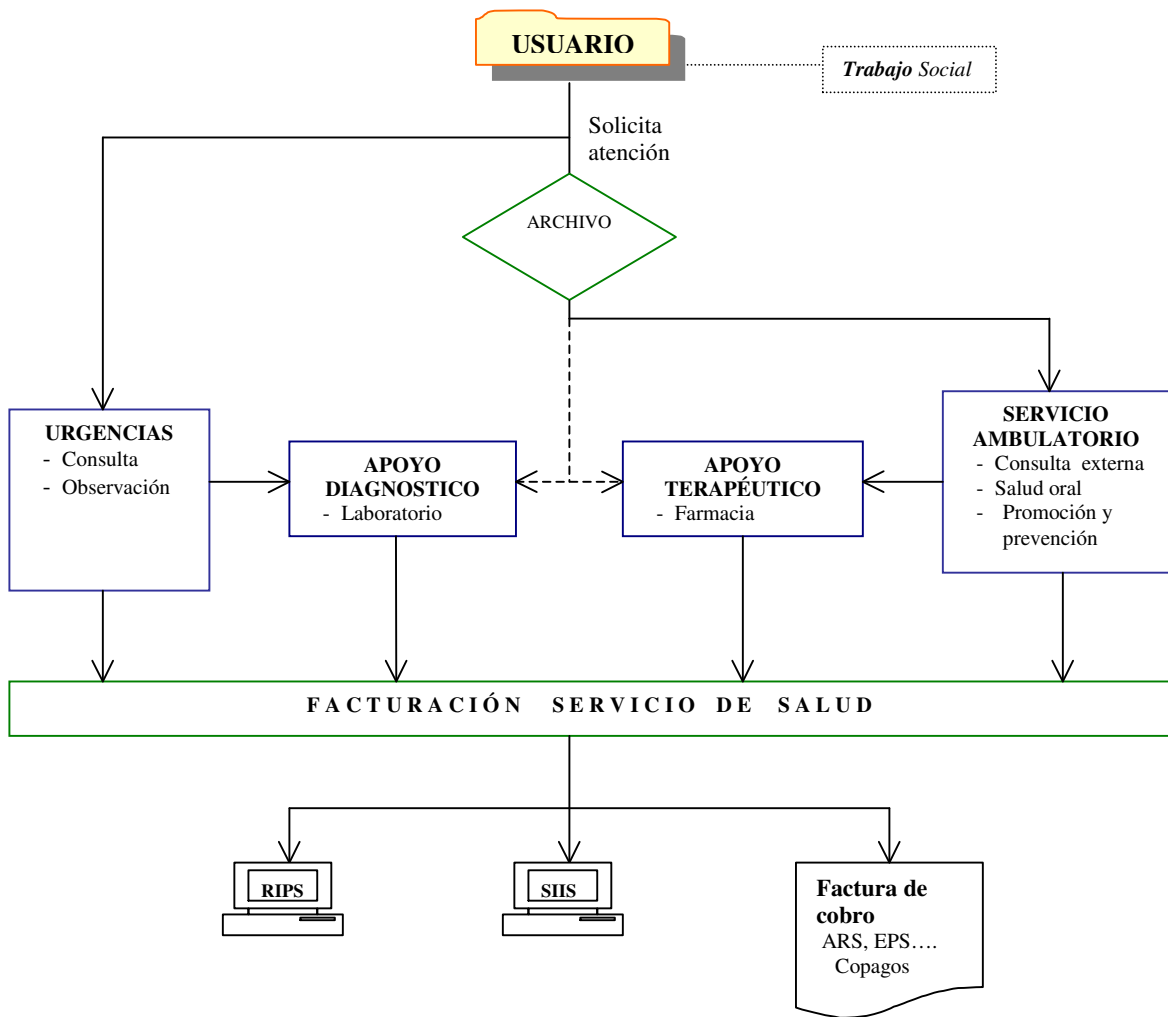
La Figura 37 muestra el proceso operativo de una manera general; el primer escenario se presenta cuando el usuario solicita el servicio donde pueden ocurrir dos eventos, i). Se solicita servicio de urgencias el cual se presta inmediatamente debido a la riesgo existente sobre la salud del paciente o ii). Se solicita una cita para acceder a uno de los servicios ambulatorios, para lo cual realiza los trámites pertinentes en el área de archivo donde se verifica su tipo afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se asigna la cita a la unidad correspondiente.

En cada unidad funcional del área médica se realizan los procedimientos propios de preparación del paciente, diagnóstico y rehabilitación de la salud de acuerdo a las prácticas propias de cada área en estrecha relación con las unidades de apoyo terapéutico en este caso farmacia y de diagnóstico a los cuales el paciente puede ser remitido internamente o en su defecto a instituciones externas dependiendo del grado de complejidad de cuadro patológico presentado.

Por su parte en el área de facturación se debe hacer un seguimiento total del paciente desde su ingreso, teniendo en cuenta el uso que este hace de los diferentes servicios, los recursos e insumos comprometidos en su atención hasta su egreso, con el fin de realizar los registros necesarios para emitir la cuenta de cobro a la entidad responsable del usuario y el copago causado por la prestación del servicio cuando este se cause, como también los datos requeridos para la consolidación del Sistema Integral de Información en Salud (SIIS), que son de utilidad para la preparación los informes que internamente requiera la empresa o externamente por los diferentes organismos responsables de la dirección y control del sistema de salud y a la comunidad.

²³ CASTAÑEDA BURBANO, Martha Lucia. Diseño e implementación del Sistema de Garantía de Calidad para el Centro Hospital de Pупiales – Nariño 2003. Pупiales: s.n. 2003. p 84 - 271.

Figura 37. Flujo general del proceso operativo.



- Procedimiento
- Staff
- Decisión
- Documentos
- Procesamiento de datos
- Unidad funcional área medica
- Unidad funcional área de apoyo logístico

10.2.4 Programa de operación. De acuerdo a lo establecido en la formulación de metas de cobertura y la definición del tamaño del proyecto se establece el programa de operación proyectado para el periodo de evaluación en correspondencia con la utilización de la capacidad instalada como lo muestra el siguiente cuadro.

Cuadro 18. Programa de operación (Procedimientos por tipo de servicio).

Procedimientos	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Consulta externa	23.145	24.062	25.849	29.074	32.687	33.800
Odontología	7.740	8.318	9.361	11.000	13.500	17.240
Urgencias	3.173	3.037	2.887	1.944	2.000	2.070
Laboratorio	9.820	10.521	12.103	11.778	16.258	21.885
Promoción y Prevención	43.146	44.605	46.092	47.600	49.138	50.699
Farmacia	14.720	15.218	15.700	16.240	16.760	17.297
Cap. Instalada utilizada (%)	53	55	59	62	68	75

10.2.5 Identificación de recursos. Principalmente se define en esta etapa los recursos necesarios para la operación de la empresa; por una parte se ha determinado que la institución debe regirse a lo establecido en el Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, haciendo una minuciosa revisión del inventario y del Plan de Mantenimiento Hospitalario de la institución se pudo establecer que el Centro de Salud cuenta con los equipos médicos requeridos para prestar los servicios de salud, de acuerdo a los estándares que se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro 19. Dotación básica de equipos médicos por servicio.

SERVICIO	EQUIPO
Servicios obstétricos de baja complejidad	La sala de partos debe contar con: Equipo de succión, equipo básico de reanimación, Lámpara cuello de cisne, lámpara de color radiante, mesa de atención de parto, equipo de episiotomía, mesa para atención del recién nacido, tallímetro y pesa bebe.
Consulta externa de medicina general	Dotación básica para consultorio medico: Camilla, tensiómetro, fonendoscopio, equipo de órganos de los sentidos y balanza de pie.
Vacunación	Nevera y termo, según el Programa Ampliado de Vacunaciones (PAI)
Extramural	Consulta medica: Camilla y equipo de órganos de los sentidos, Fonendoscopio y tensiómetro, metro, termómetro, tabla de agudeza visual, balanza y tallímetro; Salud oral: unidad odontológica portátil, instrumental básico de odontología; laboratorio clínico: Microscopio - centrifuga, reactivos para pruebas de tamizaje.
Promoción y prevención	Contar con los elementos necesarios para la valoración de los pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desarrolladas.
Ambulancia de traslado asistencial básico (TAB)	Camilla principal con sistema de anclaje, camilla secundaria, camilla de trauma, silla de ruedas, sistema de oxígeno, equipo de radiocomunicaciones, sistema sonoro de alerta.
Laboratorio clínico baja complejidad	Baño serológico, cámara de neubawer, espectrofotómetro, fotómetro, centrífuga, microscopio binocular, nevera, cronómetro, pipetas automáticas, agitador de mazzinni, microcentrifuga, autoclave.
Odontología general	Unidad odontología que contenga: Sillón de cabecera automática, Escupidera, lámpara odontológica de luz fría, bandeja para instrumental, eyector, jeringa modulo de tres servicios con negatoscopio, y acople para piezas de mano. Otros: micromotor, Contra-ángulo, espejos bucales, exploradores doble extremo, sondas periodontales, pinzas algodonerías, excavadores, jeringas cápsulas; Instrumental de operatoria: aplicador dycal, condensador, porta amalgama, brudiñor; Instrumental de endodoncia: explorador de conductos, espaciador, condensador, limas; Instrumental para exodoncia: fórseps, elevadores, porta agujas, tijeras, mango para bisturí; instrumental para periodoncia: curetras.
Urgencias baja complejidad	Consulta medica: Camilla con estribos, tensiómetro y fonendoscopio, equipos de órganos de los sentidos, balanza de pie y cinta métrica; Sala de procedimientos: Camillas rodantes con freno y con barandas, equipo de pequeña cirugía; Sala de observación: Camillas rodantes con barandas; Instrumental para todo el servicio: monitor de signos vitales, equipo básico de reanimación, succionador y material para inmovilización (adulto y pediátrico).

Fuente: COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Anexo Técnico Resolución No. 001439 de noviembre de 2002. Bogotá: El Ministerio, 2002. p. 22 – 34.

En el caso de la definición de los requisitos y de más componentes determinantes de la selección del personal se tiene en cuenta las normas afines la administración pública y lo dispuesto por las directrices de selección establecidas dentro del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, entre los factores más relevantes se encuentran el poseer el respectivo título profesional expedido por una institución

reconocida por el Estado especialmente para el ejercicio propio de las áreas médicas de acuerdo a siguiente cuadro.

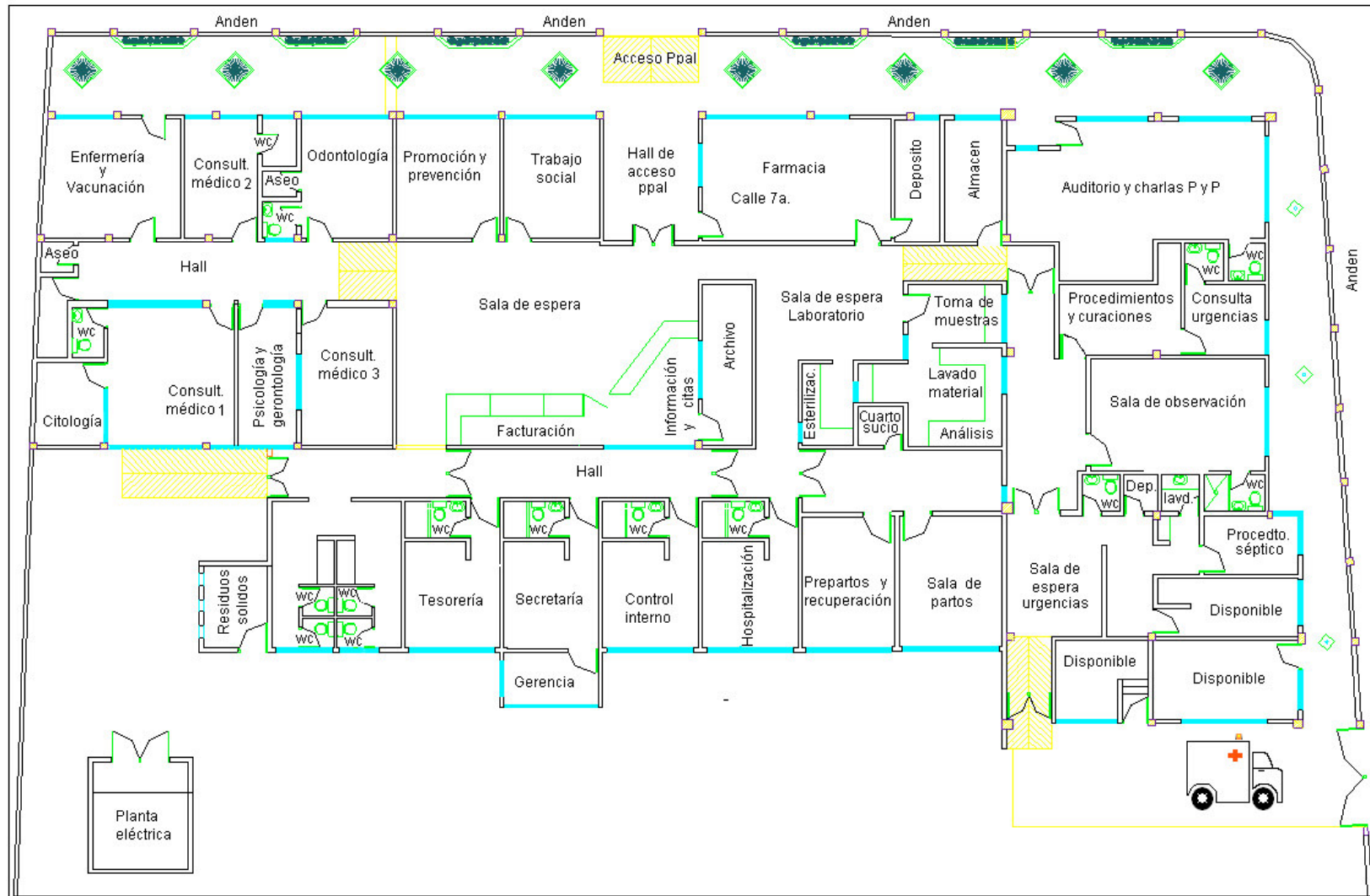
Cuadro 20. Estándar de recurso humano por servicio.

SERVICIO	RECURSO HUMANO
Esterilización	Instrumentador o enfermera profesional o auxiliar de enfermería
S. farmacéutico baja complejidad	Auxiliar de farmacia con experiencia certificada de al menos tres años
Servicio obstétricos	Médico general, Auxiliar de enfermería
Consulta médica general	Médico general
Consulta de odontología general	Odontólogo general
Consulta de enfermería	Enfermera profesional
Urgencias de baja complejidad	Médico general, Auxiliar de enfermería
Toma de muestras laboratorio clínico	Auxiliar de laboratorio o enfermería bajo supervisión de bacteriólogo del laboratorio de referencia
Ambulancia (TAB)	Auxiliar de enfermería y/o Tecnólogo o técnico en atención prehospitalaria

Fuente: COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Anexo Técnico Resolución No. 001439 de noviembre de 2002. Bogotá: El Ministerio, 2002. p. 1 – 7.

La definición de perfil profesional y requisitos mínimos se encuentra formulada más específicamente en el proyecto de manual de funciones de la institución al igual que la escala de remuneración de los cargos de planta.

Figura 38. Distribución en planta.



En esta parte de proyecto se analiza lo correspondiente a la distribución en planta, a pesar de que este estudio se sustenta en la determinación de las obras físicas requeridas, es valido aclarar que se cuenta con la infraestructura básica y no existe aprobación por parte del Ministerio de la Protección Social para realizar ampliación de las instalaciones físicas; en consecuencia la distribución presentada anteriormente se sustenta en el aprovechamiento del espacio disponible.

Para garantizar el buen funcionamiento de las unidades funcionales del área medica y administrativas, la institución cuenta con los servicio públicos básicos, pisos, techo y paredes en bunas condiciones, alojamiento exclusivo para planta eléctrica, rampas de acceso y red de comunicación computacional.

De acuerdo a los servicios implementados, existen las condiciones necesarias para atender al paciente con niveles de calidad aceptables, para el caso del servicio obstétrico existe un área exclusiva conformada por una sala de partos, prepartos o recuperación y hospitalización para la adecuada atención del recién nacido y de la madre; el servicio farmacéutico esta ubicado a la entrada de la institución en un área independiente con un cuarto adyacente para deposito de materiales y medicamentos, con buena ventilación y con las condiciones de temperatura y humedad apropiadas para la conservación de los medicamentos; el área de consulta externa esta conformada por 3 consultorios para medicina general, un consultorio de psicología y gerontología , enfermería, cuarto especial para toma de citologías y tiene disponibilidad de unidad sanitaria; para consulta externa en servicio de odontología se cuenta con área exclusiva dotada de unidad sanitaria interna y cuarto para deposito para elementos de aseo; además se cuentas con un curto determinado para promoción y prevención y trabajo social, la sala de espera esta ubicada al centro de los servicios descritos en cuyo costado se encuentra el área de facturación, acceso a archivo y el aérea de información y cintas; a estos servicio se accede por la entrada principal situada sobre la calle séptima.

El área de urgencias esta ubicada en una zona apartada con acceso exclusivo sobre la carrera séptima, prevista de rampa de acceso para la libre movilidad de camillas; áreas implementadas como puesto de enfermería, consultorio médico de urgencias, sala de procedimientos y curaciones, sala de observación, sala de procedimiento séptico y sala de espera de urgencias; acceso a unidad sanitaria, ducha y un cuarto de deposito.

El la zona central se encuentra el laboratorio con sus respectivas unidades: toma de muestras, área de análisis, lavado de material y esterilización como un área exclusiva.

Para el área administrativa se encuentra destinado la gerencia, secretaria, tesorería y la unidad especial de control interno; también existe un área externa para la acumulación y manejo de los residuos sólidos hospitalarios los cuales se pretende transportar para llevar a cavo la respectiva incineración en una institución que cuente con los equipos necesarios.

Existe también un auditorio con 28 m² para la realización de eventos y charlas dentro de los programas de prevención y promoción o para abrir espacios de participación hacia la comunidad y las organizaciones de usuarios.

10.2.6 Estudio administrativo. Para la realización de esta parte del proyecto se tienen en cuenta la normatividad vigente y las directrices establecidas por el Instituto Departamental de Salud según la Carta Circular No. 10 de febrero 17 de 2003 en la cual expresa la obligatoriedad de preparar la documentación pertinente a dicho proceso; es decir, i) Estudio de sostenibilidad, ii) Plataforma jurídica y administrativa del institución y iii) el Sistema Único de Habilitación.

Por ello en este apartado se combinan los dos primeros requisitos establecidos debido a que la plataforma jurídica y administrativa de la empresa hace parte integral y fundamental para continuar con el análisis de la sostenibilidad de la Empresa Social del Estado.

Se presenta aspectos relacionados con la constitución jurídica, la estructura orgánica y funcional para lo cual se ha preparado con apoyo de la Secretaria Municipal de Salud los respectivos proyectos de acuerdo que definen la estructura orgánica y administrativa de la empresa. Seguidamente se desarrolla uno a uno los puntos correspondientes.

- **Constitución jurídica.** La Empresa Social del Estado se constituye por un proceso de transformación que se desarrolla a iniciativa del Alcalde municipal mediante proyecto de acuerdo presentado a Concejo municipal quien faculta al ejecutivo para llevar a cabo dicho proceso; se procede a la elección de junta la cual tiene la responsabilidad de la expedición de los estatutos, reglamento interno y la presentación de terna de candidatos al Alcalde para definir el Gerente.

La Empresa Social del Estado según la normatividad vigente es una categoría especial de entidad pública, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa con el objeto de prestar servicio de salud.

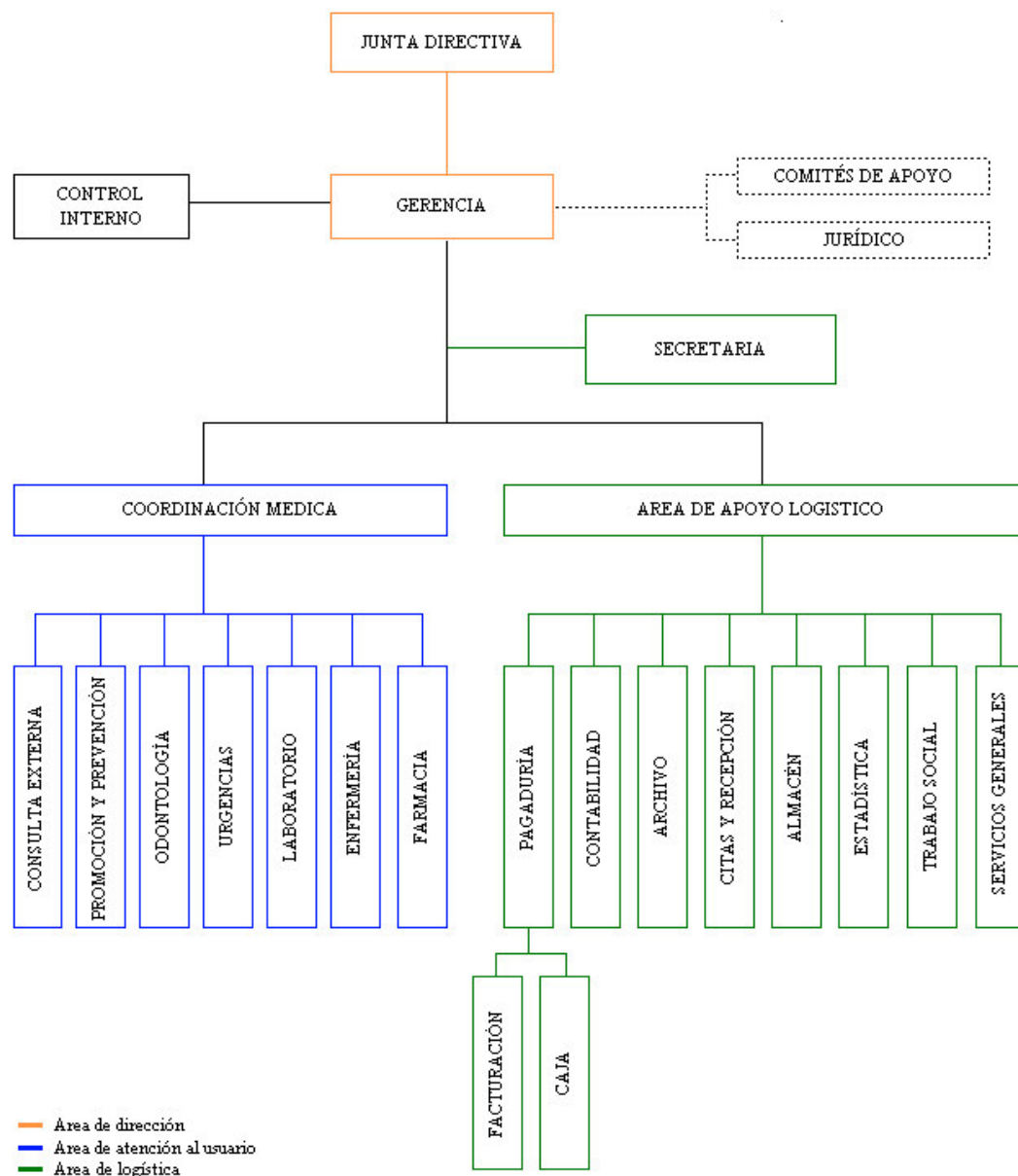
El régimen de personal está reglamentado por lo establecido en capítulo IV de la Ley 100 de 1993 y normas complementarias que lo modifique o adicionen; para el manejo presupuestal de la institución se tiene en cuenta las disposiciones de la ley orgánica de presupuesto público. El régimen tributario de la empresa se adecua a lo dispuesto para las instituciones públicas y existe la obligación de conformar un unidad de control interno de acuerdo a lo previsto en la ley 87 de 1993.

- **Estructura organizacional.** Con el fin de garantizar el buen funcionamiento de la prestación de servicio de la Empresa Social del Estado se hace necesario la planificación de las relaciones internas de personal.

Según lo muestra el organigrama de la Empresa Social del Estado (Figura 39) existen tres áreas fundamentales como el área directiva, el área de atención al usuario y el área de apoyo logístico de acuerdo a lo establecido en el artículo 5 del Decreto 1876 de 1994.

El área de dirección esta en cabeza de la Junta Directiva la cual se constituye para el caso de instituciones de baja complejidad por mínimo seis miembros, con representación de la administración municipal, del sector científico de la salud y de la comunidad en igual proporción, la forma de elección, requisitos se desarrollan en los estatutos de la empresa de conformidad con lo establecido en el Decreto 1876 de 1994.

Figura 39. Estructura orgánica Empresa Social del Estado.



Seguidamente dentro del área directiva se encuentra el gerente quien se constituye como el representante legal de la empresa, nombrado por el Alcalde municipal de terna presentada por la junta directiva, las funciones y requisitos del gerente se establecen de conformidad con el Decreto 0139 de 1996 y el proceso de selección del gerente se reglamenta en el Decreto 3344 de noviembre de 2003 y la Resolución 793 de diciembre 5 de 2003 emanada por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

A nivel staff se encuentra la asesoría jurídica y los comités de apoyo que la empresa implemente como por ejemplo el comité mantenimiento hospitalario o externamente mediante la aplicación de políticas de participación ciudadano; la unidad de control interno se estructura de conformidad a artículo 21 de Decreto 1876 de 1994.

En segundo lugar esta el área de Atención al Usuario conformada por la unidades orgánico funcionales encargadas de la prestación de los diferentes servicios de salud implementados por la empresa.

Finalmente esta el área de logística encargadas de la articulación de la atención al usuario y la gestión administrativa de la institución en funciones de adquisición, manejo, utilización y control de los recursos humanos, financieros, físicos y de información necesarios para desarrollar efectivamente cada actividad propia de funcionamiento operativo de la empresa.

- **Funcionamiento y relaciones internas.** Estos aspectos del proyecto se define dentro de la denominada plataforma administrativa de la empresa, para su desarrollo se procedió conjuntamente con la Secretaria Municipal de Salud a preparar los proyectos de acuerdo que reglamentaran esta estructura los cuales serán presentados para aprobación a la Junta Directiva de la empresa.

Los documentos propuestos son el proyecto de acuerdo por el cual se define la Estructura y Escala de Remuneraciones del personal y el proyecto de acuerdo para definir el manual de funciones de la empresa; el manual de procedimientos se ha preparado dentro del proyecto denominado Diseño e Implementación del Sistema de Garantía de Calidad para el Centro de Hospital Pupiales.²⁴

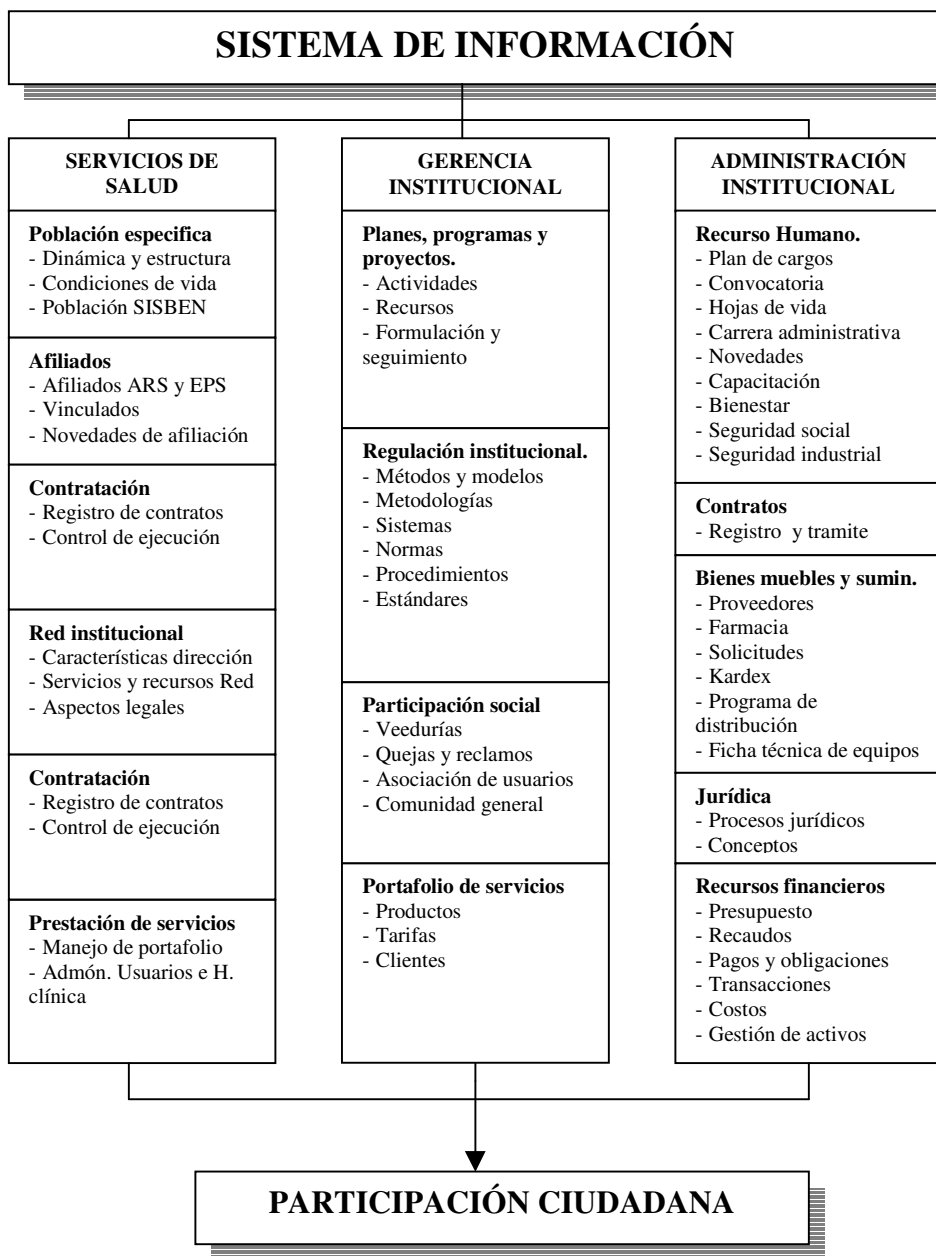
- **Sistema de información.** Es preciso proponer los componentes generales que constituirán el sistema de información de la Empresa social del Estado, con fin de establecer los medios y elementos necesarios para consolidar y preparar la información requerida para fortalecer el proceso de toma de decisiones y el buen funcionamiento de la empresa; en la Figura 40 se muestra la estructura general del sistema de información con base en la conceptualización y diseño que ha propuesto el Ministerio de Salud;²⁵ como

²⁴ CASTAÑEDA BURBANO, Martha Lucia. Diseño e implementación del Sistema de Garantía de Calidad para el Centro Hospital de Pupiales – Nariño 2003. Pupiales: s.n. 2003. 272 p.

²⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Sistema Integral de Información del SGSSS – SIIS: Conceptualización y diseño general. Bogotá: El Ministerio, 1997. 92 p.

puede observarse la estructura esta compuesta por tres columnas fundaménteles como lo son la prestación de servicios, la gerencia institucional y la administración de la empresa.

Figura 40. Diseño del Sistema Integral de Información.



El componente de prestación de servicios se sustenta en el conocimiento profundo y la disponibilidad de la base de datos poblacional y los mecanismos necesarios para lograr una buena atención y mejoramiento de la cobertura, se enfatiza en la gestión de los contrato, el

conocimiento de servicios dentro de la red y el registro detallado de la atención individual de pacientes.

Por otra parte, la gerencia institucional hace referencia a la preparación de los documentos requeridos para programar el desarrollo de la empresa y poner a conocimiento las reglas y métodos y otras herramientas que normalicen la operación empresarial enfocándola hacia la participación de la sociedad en la definición del futuro institucional.

El último componente tiene que ver con gestión administrativa de los diferentes recursos utilizados en la prestación de los servicios de salud.

Es preciso finalmente aclarar que toda la plataforma de información se considera una herramienta importante para que la comunidad conozca la empresa y se genere de esta manera una acción recíproca de información que conlleve al desarrollo institucional y social.

10.2.7 Conclusiones del estudio técnico. Según los aspectos analizados dentro del estudio técnico del proyecto se puede establecer que en términos generales la Empresa Social del Estado cuenta con elementos favorables que le proporciona el hecho de asumir una estructura física ya establecida y acondicionada a la prestación de servicios de salud.

No existe mayor posibilidad de profundizar en el análisis de variables como tamaño o la necesidad de desarrollar obras físicas complementarias debido al control ejercido por el Ministerio de la Protección Social el cual no tienen priorizado proyectos de esta índole.

Otra fortaleza es la existencia de una dotación básica asistencial y administrativa que apoya el proceso operativo y la empresa no necesita al momento grandes volúmenes de inversión en estos recursos; por cuanto se recomienda seguir con la siguiente etapa de estudio.

10.3 ESTUDIO FINANCIERO

En esta parte se desarrolla el objetivo principal del estudio de sostenibilidad; basándose en la dinámica financiera observada durante el periodo 2001 a 2003 se analiza por una parte las fuentes de ingresos teniendo en cuenta las proyecciones realizadas en el estudio de mercado y la dinámica general de la facturación de servicios prestados, también las normas que reglamenta el sector salud colombiano; metodológicamente se utiliza herramientas estadísticas y de proyección económica para determinar el comportamiento de estas variables hacia futuro.

Con este ejercicio se pretende determinar los ingresos que la Empresa Social del Estado percibirá, en segundo momento se analiza la dinámica de los gastos durante el mismo periodo y se ajustan las necesidades de la nueva institución para establecer la suficiencia de los ingresos proyectados y determinar la capacidad de financiar los gastos y costos de operación y administración de la empresa.

10.3.1 Inversiones. Teniendo en cuenta que a la Empresa Social del Estado serán transferidos los recursos que conforman el patrimonio del Centro de Salud municipal, el requerimiento de inversiones no es muy significativo; la única destinación que el Ministerio de la Protección Social es dotación de equipo biomédico por un valor de \$360.000.000 como lo muestra el siguiente cuadro.

Cuadro 21. Recursos asignados para el Plan Bienal de Inversión (Miles de pesos).

Institución	Obras civiles	Dotación y equipo biomédico			Redes e instalaciones especiales	TOTAL
		Adquisición	Reparación	Mantenimiento		
		Valor (Miles)	Valor (Miles)	Valor (Miles)		
Pupiales	0	360.000	0	0	0	360.000

Fuente: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO. Informe de gestión 2001 – 2003. Pasto: IDSN, 2004. p.129.

Estos recursos están disponibles para el año 2004; para los siguientes años se proyecta financiar mayor dotación de acuerdo a las utilidades percibidas por la operación de la empresa.

10.3.2 Costos operacionales. A continuación se presenta discriminadamente la clasificación y cuantificación de los costos operacionales que genera la puesta en marcha del proyecto.

- **Costos de operación.** Están compuestos por los recursos comprometidos en mano de obra directa que se contrata para la prestación de los servicios de salud, el costo de los insumos y materiales utilizados, la depreciación de los bienes muebles y equipos utilizados y los gastos generales causados dentro del proceso de operación.

En primer lugar se define el personal destinado a la prestación de servicio de salud, teniendo en cuenta la planta de personal definida en el proyecto de acuerdo son 9 funcionarios adscritos a la nomina los que hacen parte del área asistencial y se ha estimado la necesidad de contratar 20 trabajadores por contrato de prestación de servicios como se detalla en el siguiente cuadro.

Cuadro 22. Recurso humano en el área asistencial.

Nivel	Cargo	Planta	Contrato
Profesional	Medico Servicio Social Obligatorio	1	
	Médico general		3
	Odontólogo Servicio Social Obligatorio	1	
	Odontólogo	1	
	Enfermera Servicio Social Obligatorio	1	
	Bacteriólogo		1
Técnico	Regente de farmacia		1
Auxiliar	Auxiliar de droguería		
	Auxiliar de consultorio odontológico	1	1
	Promotor de salud		7
	Auxiliar de enfermería	2	4
	Auxiliar de laboratorio		1
	Auxiliar de farmacia		2
Operativo	Conductor ambulancia	2	
TOTAL		9	20

Con base en esta planta asistencia se calcula los costos de mano de obra directa, discriminado según el sistema de vinculación a la Empresa Social del Estado.

Como lo muestra el Cuadro 23 los costos de mano de obra del personal asistencial de planta se constituye de la asignación básica de acuerdo a la escala de remuneración propuesta para la empresa, las prestaciones sociales establecidas por la ley para los empleados públicos y las contribuciones inherentes a la nómina resultando un total de \$168.178.986.

Cuadro 23. Costo de personal asistencial de planta (Pesos corrientes).

Empleados Públicos	No. Cargos	Asignación básica		Prestaciones sociales legales	Contribuciones Inherentes a la Nómina	Total
		Mes	Año			
Odontólogo	1	1.293.960	15.527.520	3.343.582	6.476.339	25.347.441
Medico S.S.O.	1	1.750.000	21.000.000	4.521.985	8.758.844	34.280.829
Odontólogo S.S.O.	1	1.293.960	15.527.520	3.343.582	6.476.339	25.347.441
Enfermera S.S.O.	1	1.078.300	12.939.600	2.786.318	5.396.949	21.122.867
Auxiliar de enfermería	2	781.548	18.757.152	4.039.027	7.823.379	30.619.558
Auxiliar odontología	1	709.933	8.519.196	1.834.461	3.553.253	13.906.910
Conductor ambulancia	2	448.055	10.753.320	2.315.541	4.485.079	17.553.939
Total	9	7.355.756	103.024.308	22.184.496	42.970.182	168.178.986

De la misma manera se presenta el costo del personal asistencial de contrato de conformidad con lo dispuesto en el artículo tercero (3) del Decreto 1737 de 1997, modificado por el artículo primero (1) del Decreto 2209 de 1998 los cuales determinan la posibilidad de vincular personal por la modalidad de orden de prestación de servicio cuando la planta de personal no es suficiente para garantizar el normal desempeño operativo de la institución; de esta manera se determina la necesidad de contratar el personal asistencial descrito en el siguiente cuadro.

Cuadro 24. Costo personal asistencial de contrato (Pesos corrientes).

Personal de contrato	No. Cargos	Asignación básica	
		Mes	Año
Médico general	3	2.000.000	72.000.000
Bacteriólogo	1	1.200.000	14.400.000
Regente de farmacia	1	600.000	7.200.000
Auxiliar de consultorio odontológico	1	400.000	4.800.000
Promotor de salud	7	358.000	30.072.000
Auxiliar de enfermería	4	550.000	26.400.000
Auxiliar de laboratorio	1	500.000	6.000.000
Auxiliar de farmacia	2	358.000	8.592.000
Total	20	5.966.000	169.464.000

Por lo tanto el costo total de mano de obra comprometida en al prestación de servicios se calcula en \$337.642.986.

Por otra parte se analiza los costos de operación ocasionados por la compra de materiales directos en este caso los medicamentos y otros insumos necesarios para la prestación de servicios de salud.

En el caso de los medicamentos se revisó el sistema de manejo de inventario para analizar el requerimiento de medicamentos necesarios para garantizar una buena disponibilidad de estos recursos; teniendo en cuenta que en la facturación de estos productos se aplica un margen del 10% sobre el costo de los materiales, bajo esta perspectiva, la proyección de la prestación del servicio y precio promedio por formula se estima el costo de materiales para el servicio farmacéutico; también se presenta la estimación realizada para la adquisición de suministros hospitalarios (Cuadro 25).

Cuadro 25. Costo de materiales servicio farmacéutico (pesos corrientes).

Año	2004	2005	2006	2007	2008
No. De Formulas	22.040	22.794	22.736	23.470	24.214
Precio promedio * formula	23.237	24.631	26.109	27.676	29.336
Venta de medicamentos	512.143.480	561.444.029	593.616.343	649.547.242	710.346.193
Costo de materiales	460.929.132	505.299.626	534.254.709	584.592.518	639.311.573
Suministros hospitalarios	20.000.000	21.000.000	22.500.000	23.000.000	24.000.000

Con base en las referencias históricas de contabilidad y presupuesto se estableció el gasto promedio en servicios requerido para desarrollar el proceso operativo, esto se presenta en el siguiente cuadro.

Cuadro 26. Costo de servicios (pesos corrientes).

Servicio	Total
Combustible	12.000.000
Agua potable	2.000.000
Energía	5.000.000
Seguros	12.000.000
Mantenimiento	40.000.000
Teléfono	2.000.000
Total	73.000.000

Tomando como referencia el inventario del Centro de Salud se pudo determinar el gasto por depreciación acumulado del inventario físico y con este encontrar el valor neto del activo en el momento de transformar esta institución en Empresa Social del Estado, se incluye además la inversión proyectada en equipo médico dentro del plan Bienal de inversión; con estos datos se calcula la depreciación anual de los activos fijos destinados a la prestación de servicios por un valor anual de \$28.594.262; este valor presenta ajustes por inflación de conformidad con lo dispuesto por la Contaduría General de la Nación.

Cuadro 27. Depreciación de activos fijos (pesos corrientes).

Tipo de activo	Vida útil	Valor	Depreciación acumulada	Valor neto 2003	Depreciación año	Valor Salvamento 2008
Edificaciones - hospitales	50	150.000.000	90.000.000	60.000.000	3.000.000	45.000.000
Herramientas y accesorios	10	1.727.000	340.471	1.386.529	115.131	810.874
Equipo de laboratorio	10	13.270.200	4.340.704	8.929.496	1.327.020	2.294.396
Equipo de Urgencias	10	8.389.050	2.073.700	6.315.350	838.905	2.120.825
Equipo de salas de parto	10	5.866.220	1.998.452	3.867.768	586.622	934.658
Equipo de ser. ambulatorio	10	52.966.460	13.004.861	39.961.599	5.296.646	13.478.369
Otros equipo médico	10	7.475.900	2.656.619	4.819.281	747.590	1.081.331
Muebles y enseres	10	20.529.000	7.056.267	13.472.733	2.052.900	3.208.233
Equipo y Máq. de oficina	10	79.500	22.226	57.274	7.950	17.524
Otros muebles y enseres	10	55.000	16.800	38.200	5.500	10.700
Equipo de comunicación	10	1.710.000	578.022	1.131.978	171.000	276.978
Equipo de transporte	10	72.450.000	31.999.791	40.450.209	7.245.000	4.225.209
Inversión en Eq. medico	10	0	0	360.000.000	7.200.000	180.000.000
Total		334.518.330	154.087.913	540.430.417	28.594.264	253.459.097

De esta manera se determina los costos de operación por un valor de **\$860.166.382**, donde el 39% esta representado por gastos de personal, 54% en materiales y suministros del servicio farmacéutico, 4% en costos de servicios y 3% en depreciación de activos.

- **Gastos de administración:** Esta partida se compone de las erogaciones requeridas para desarrollar las actividades propias de la administración institucional, como por ejemplo los gastos en personal directivo, administrativo y de servicios establecidos dentro de la estructura orgánica en el área directiva y de logística; como también el pago de servicios, la depreciación de activos destinados a la función administrativa.

En primer lugar se presenta la planta de personal distribuida en el área directiva y administrativa de la empresa, con cuatro funcionarios de planta y 19 de contrato (Cuadro 28).

Cuadro 28. Recurso humano área directiva y administrativa.

Nivel	Cargo	Planta	Contrato
Directivo	Gerente	1	
Asesor	Jurídico		1
	Control interno		1
Profesional	Contador		1
	Trabajo social		1
	Tesorero pagador	1	
Técnico	Estadística		1
	Contabilidad y finanzas		1
Auxiliar	Facturador	1	
	Facturador		3
	Recepción		1
	Caja		1
	Archivo		1
	Almacén		1
	Secretaria auxiliar	1	
Operativos	Celadores		3
	Servicios generales		3
Total		4	19

Con base en la anterior distribución se calcula los gastos asociados según el sistema de contratación; el siguiente cuadro muestra el valor de los gastos de administración por concepto de sueldos, prestaciones y contribuciones del personal de planta distribuido en el área directiva y administrativa por un valor total del \$86.164.617.

Cuadro 29. Gastos personal de planta área directiva y administrativa.

Empleados públicos	No. De cargos	Asignación			Prestaciones Sociales legales	Contribuciones Inherentes a la Nómina	Total
		Mensual	Gastos de Repres.	Anual			
Gerente	1	1.800.000	900.000	32.400.000	5.179.408	9.500.950	47.080.358
Tesorero pagador	1	1.000.000	0	12.000.000	2.583.992	5.005.054	19.589.045
Facturador	1	545.210	0	6.542.520	1.408.818	2.728.805	10.680.143
Secretaría auxiliar	1	450.000	0	5.400.000	1.162.796	2.252.274	8.815.070
Total	4	3.795.210	900.000	56.342.520	10.335.013	19.487.083	86.164.617

Para el caso del personal de contrato el gasto total proyectado para un año de operación asciende a \$105.400.000 de acuerdo al detalle que presenta el siguiente cuadro; en los cargos donde no se especifica el valor mensual se entiende una contratación por medio tiempo.

Cuadro 30. Gastos en personal administrativo de contrato.

Personal de contrato	No. De cargos	Remuneración	
		Mes	Año
Jurídico	1		8.400.000
Control interno	1	1.000.000	12.000.000
Contador	1		7.200.000
Trabajo social	1	700.000	8.400.000
Estadística	1	500.000	6.000.000
Contabilidad y finanzas	1	450.000	5.400.000
Facturador	3	400.000	14.400.000
Recepción	1	400.000	4.800.000
Caja	1	400.000	4.800.000
Archivo	1	400.000	4.800.000
Almacén	1	400.000	4.800.000
Celadores	3	400.000	14.400.000
Servicios generales	3		10.000.000
Total	19	5.050.000	105.400.000

Los gastos por la compra de servicios asignados a la función administrativa se discriminan en el Tabla 19 de acuerdo a la distribución porcentual presentada en la parte superior; para el caso de rubro de combustible se hace referencia al consumo realizado por la planta eléctrica y el gasto en gestiones administrativas realizadas en las ambulancias; adicionalmente se presenta un estimativo de los gastos en papelería, viáticos y gastos de viaje y el mantenimiento de la infraestructura y la dotación del área directiva y apoyo logístico.

Tabla 19. Gasto en adquisición de servicios.

Servicio	Total	%
Combustible	3.000.000	25
Agua potable	1.000.000	50
Energía	2.200.000	44
Teléfono	1.000.000	50
Subtotal	7.200.000	34
Útiles y papelería	10.000.000	
Viáticos	5.000.000	
Mantenimiento	30.000.000	
Subtotal	45.000.000	
Total	52.200.000	

En cuanto al valor neto del inventario para el año 2003 se pudo establecer en \$55.712.868; se especifica la necesidad de invertir \$15.000.000 en la renovación del stock de equipo de computación debido alto nivel de depreciación de estos bienes, los cuales están depreciados en un 66% hasta el año 2003 y su periodo de vida útil no es suficiente para cubrir el periodo de evaluación del proyecto. De esta manera se estableció una depreciación anual por un valor de \$10.414.320 (Cuadro 31).

Cuadro 31. Depreciación activos del área administrativa.

Tipo de activo fijo	Valor	Depreciación acumulada	Valor neto 2003	Depreciación año	Valor salvamento 2008
Edificaciones - hospitales	50.000.000	30.000.000	20.000.000	1.000.000	15.000.000
Otras maquinarias y equipos	1.500.000	250.000	1.250.000	100.000	750.000
Muebles y enseres	14.591.500	3.996.423	10.595.077	1.459.150	3.299.327
Equipo y máquina de oficina	28.500	4.847	23.653	2.850	9.403
Otros muebles, enseres	468.000	163.022	304.978	46.800	70.978
Equipo de comunicación	840.000	202.758	637.242	84.000	217.242
Equipo de computación	23.607.600	15.705.682	7.901.918	4.721.520	-15.705.682
Inversión Eq. Computación	15.000.000	0	15.000.000	3.000.000	0
Total	106.035.600	50.322.732	55.712.868	10.414.320	3.641.268

De lo anterior se concluye que los gastos operacionales de la empresa estimados ascienden a la suma de \$1.174.345.319 donde el 78% esta constituido por los costos de operación y el 22% con gastos relacionados con la dirección y la administración de la empresa, como lo detalla la siguiente Tabla 20.

Tabla 20. Costos y gastos operacionales.

Detalle	Valor	%
Costos y gastos operacionales	1.174.345.319	100
Costos de producción	920.166.382	78
Costos de personal	337.642.986	29
Planta	168.178.986	14
Contrato	169.464.000	14
Insumos	480.929.132	41
Medicamentos	460.929.132	39
Suministros hospitalarios	20.000.000	2
Costos de servicios	73.000.000	6
Depreciación	28.594.264	2
Gastos de administración	254.178.937	22
Gastos de personal	191.564.617	16
Planta	86.164.617	7
Contrato	105.400.000	9
Gastos por servicios	52.200.000	4
Depreciación	10.414.320	1

10.3.3 Punto de equilibrio. El punto de equilibrio se calcula de acuerdo a la distribución de costos y gastos por unidad operativa o servicios, tal como lo muestra la Tabla 21; esta distribución se basa en un estudio contable realizado previamente dentro del fortalecimiento del área financiera del centro de salud municipal.

Tabla 21. Costos y gastos operacionales por servicio (Miles de pesos).

Detalle	Total	Consulta					
		externa	Odontología	urgencias	p y p	Laboratorio	Farmacia
Costos y gastos operacionales	1.174.345	259.448	64.599	29.011	269.283	67.377	484.627
Costos de producción	920.166	167.944	56.974	18.844	154.903	41.959	479.543
Costos de personal	337.643	143.850	39.716	5.500	112.385	20.400	15.792
Planta	168.179	67.098	37.716	3.500	59.865	0	0
Contrato	169.464	76.752	2.000	2.000	52.520	20.400	15.792
Insumos	480.929	4.400	2.000	1.000	3.400	9.200	460.929
Medicamentos	460.929	0	0	0	0	0	460.929
Suministros hospitalarios	20.000	4.400	2.000	1.000	3.400	9.200	0
Costos de servicios	73.000	9.400	14.400	11.200	26.250	9.500	2.250
Combustible	12.000	0	0	3.000	9.000	0	0
Agua potable	2.000	500	500	500	0	500	0
Energía	5.000	1.500	1.500	500	250	1.000	250
Seguros	12.000	0	0	3.000	9.000	0	0
Mantenimiento	40.000	6.000	12.000	4.000	8.000	8.000	2.000
Teléfono	2.000	1.400	400	200	0	0	0
Depreciación	28.594	10.294	858	1.144	12.867	2.859	572
Gastos de administración	254.179	91.504	7.625	10.167	114.381	25.418	5.084
Gastos de personal	191.565	68.963	5.747	7.663	86.204	19.156	3.831
Planta	86.165	31.019	2.585	3.447	38.774	8.616	1.723
Contrato	105.400	37.944	3.162	4.216	47.430	10.540	2.108
Gastos por servicios	52.200	18.792	1.566	2.088	23.490	5.220	1.044
Combustible	3.000	1.080	90	120	1.350	300	60
Agua potable	1.000	360	30	40	450	100	20
Energía	2.200	792	66	88	990	220	44
Teléfono	1.000	360	30	40	450	100	20
Útiles y papelería	10.000	3.600	300	400	4.500	1.000	200
Viáticos	5.000	1.800	150	200	2.250	500	100
Mantenimiento	30.000	10.800	900	1.200	13.500	3.000	600
Depreciación	10.414	3.749	312	417	4.686	1.041	208

Para la distribución de los costos y gastos de operación se tiene en cuenta que rubros como el personal de planta es fijo y no se recomienda una mayor ampliación de estos cargos durante el periodo de evaluación, por tal razón estos valores se calculan como costos fijos; el personal de contrato, los insumos y los costos de servicios se establecen como costos variables. Para el caso de la depreciación de los activos destinados al proceso operativo no se toma ese valor como costo variable suponiendo que durante el periodo de evaluación la utilización de esos equipos no afectara la vida útil de los activos, para los cuales se establece anualmente un programa de mantenimiento y conservación.

Con base en los datos anteriores se calcula el punto de equilibrio para cada uno de los servicios analizados (Cuadro 32).

Para el caso del servicio de consulta externa por ejemplo se ha determinado la producción de 20.505 consultas para cubrir los costos comprometidos en este servicio o lo que representaría igual situación al calcular las ventas en punto de equilibrio por valor de \$246.063.657, la operación realizada o venta por encima de estos indicadores proporcionará utilidades para la empresa; el mismo análisis se realiza para los demás servicios.

Cuadro 32. Calculo del punto de equilibrio por servicio (Pesos corrientes).

Concepto	Consulta externa	Odontología	Urgencias	P y P	Laboratorio	Farmacia
Costo Variable	90.552.000	18.400.000	14.200.000	82.170.000	39.100.000	478.971.132
Costo fijo	168.896.490	46.198.874	14.810.928	187.113.110	28.277.320	5.655.464
Cantidad proyectada	24.062	8.318	3.037	44.605	10.521	22.040
Precio promedio servicio	12.000	9.000	10.000	6.500	9.000	22.500
Costo variable unitario	3.763	2.212	4.676	1.842	3.716	21.732
Unidades en punto de equilibrio	20.505	6.806	2.782	40.172	5.352	7.363
Ventas en punto de equilibrio	246.063.657	61.254.297	27.817.433	261.116.284	48.166.924	165.666.399

A escala general se puede establecer las ventas totales en punto de equilibrio por un valor de \$810.084.994

10.3.4 Proyecciones financieras para el periodo de evaluación. Con el objeto de conocer la necesidad de financiamiento del proyecto se desarrolla en este punto la proyección de los diferentes rubros que comprometen recursos en los procesos de montaje y funcionamiento de la Empresa Social del Estado.

En primer lugar surge la necesidad de determinar la inversión en activos fijos, para este caso es preciso recordar que la única inversión proyectada hace referencia a dotación de equipos médicos contemplados en el Plan Bienal de Inversiones para la vigencia fiscal 2004 y la renovación del equipo de computación durante el mismo año; el siguiente cuadro presenta el programa de inversión tanto en términos corrientes y constantes.

Cuadro 33. Programa de inversión fija.

Concepto	Año				
	1	2	3	4	5
Centro de Salud a 31/12/2003	221.143.285				
Equipo medico y científico	360.000.000				
Equipo de comunicación	15.000.000				
Total inversión fija	596.143.285				
Total inversión fija (1994=100)	168.117.114				

Seguidamente se procede a calcular el capital de trabajo para el proyecto teniendo en cuenta los costos operacionales anuales sin incluir la depreciación, un ciclo operativo de ochenta días de acuerdo a los plazos de presentación de cuentas de cobro y el correspondiente pago que hacen las entidades usuarias del servicio de salud según lo establecido en el capítulo quinto del decreto 050 de 2003 mediante el cual se reglamenta el flujo financiero entre las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); posteriormente se realiza el ajuste al capital de trabajo para financiar los gastos durante las

siguientes vigencias de operación del proyecto con una tasa de inflación promedio del 12.195% (Cuadro 34), de conformidad con los datos presentados por la Dirección de Estudios Económicos del Departamento de Planeación Nacional – DNP.

Cuadro 34. Calculo y proyección del capital trabajo.

Concepto	2004	2005	2006	2007	2008
Costo variable	723.393.132	795.732.445	875.305.690	962.836.259	1.059.119.885
Costos fijos	411.943.603	411.943.603	411.943.603	411.943.603	411.943.603
Costos de operación anual	1.135.336.735	1.207.676.048	1.287.249.293	1.374.779.862	1.471.063.488
Costo de operación promedio diario	3.110.512	3.308.702	3.526.710	3.766.520	4.030.311
Ciclo operativo en días	80	80	80	80	80
Inversión en capital de trabajo	248.840.928	264.696.120	282.136.831	301.321.614	322.424.874
Capital de trabajo (1994=100)	70.175.107	66.540.000	63.216.857	60.168.054	57.391.398
Ajuste anual en capital de trabajo (1994=100)	0	3.635.107	3.323.143	3.048.803	2.776.656

Con los anteriores datos y retomando el valor residual de los cuadros 27 y 31 por un valor total de \$257.100.365 (equivale a \$45.763.682 en pesos de 1994) se puede establecer el flujo neto de inversiones para el periodo de evaluación de la siguiente manera.

Cuadro 35. Flujo neto de inversión (1994=100).

Concepto	Años				
	1	2	3	4	5
Inversión fija	-168.117.114	0	0	0	0
Capital de trabajo	-70.175.107	-3.635.107	-3.323.143	-3.048.803	-2.776.656
Valor residual	0	0	0	0	45.763.682
Flujo neto de inversión	-238.292.220	-3.635.107	-3.323.143	-3.048.803	42.987.026

Seguidamente se hace necesario estimar los ingresos que la actividad operativa de la empresa percibirá por la prestación de servicios a la población del municipio; para estructurar el presupuesto de ingresos se parte de la proyección de servicios realizada dentro del estudio de mercado.

En primer lugar se calcula los ingresos por cada servicio de acuerdo a su proyección durante el periodo de evaluación discriminado el número de procedimientos por tipo de usuario y al precio promedio ajustado a la inflación, analizado esos datos se establece que el servicio farmacéutico representa en promedio el 36% de los ingresos durante el periodo proyectado, en segunda instancia esta el servicio de consulta externa con una participación del 24%, promoción y prevención el 21%, laboratorio el 9%, odontología 8% y urgencias el 2% (Tabla 22).

Tabla 22. Proyección de ingresos de por servicios.

Concepto	2004	2005	2006	2007	2008
# Consulta externa	24.062	25.849	29.074	32.687	33.800
Régimen Subsidiado	16.935	18.193	20.462	23.005	23.788
Régimen Contributivo	2.190	2.352	2.646	2.975	3.076
Vinculados	4.401	4.728	5.318	5.978	6.182
Particulares	537	576	648	729	754
Precio promedio (pesos corrientes)	12.000	12.720	13.420	14.091	14.795
Subtotal ingresos	288.744.000	328.799.280	390.161.450	460.578.788	500.074.684
# Odontología	8.318	9.361	11.000	13.500	17.240
Régimen Subsidiado	5.699	6.414	7.537	9.250	11.813
Régimen Contributivo	621	699	822	1.008	1.288
Vinculados	1.913	2.153	2.530	3.105	3.965
Particulares	84	95	111	136	174
Precio promedio (pesos corrientes)	9.000	9.540	10.065	10.568	11.096
Subtotal ingresos	74.862.000	89.303.940	110.711.700	142.667.123	191.300.759
# Urgencias	3.037	2.887	1.944	2.000	2.070
Régimen Subsidiado	1.913	1.819	1.225	1.260	1.304
Régimen Contributivo	364	346	233	240	248
Vinculados	699	664	447	460	476
Particulares	61	58	39	40	41
Precio promedio (pesos corrientes)	10.000	10.600	11.183	11.742	12.329
Subtotal ingresos	30.370.000	30.602.200	21.739.752	23.484.300	25.521.563
# P y P	44.605	46.032	47.600	49.138	50.699
Régimen Subsidiado	32.116	33.186	34.272	35.379	36.503
Régimen Contributivo	1.784	1.844	1.904	1.966	2.028
Vinculados	8.921	9.218	9.520	9.828	10.140
Particulares	1.784	1.844	1.904	1.966	2.028
Precio promedio (pesos corrientes)	6.500	6.890	7.269	7.632	8.014
Subtotal ingresos	289.932.500	317.573.880	346.002.020	375.040.748	406.302.667
# Laboratorio	10.521	12.103	11.778	16.258	21.885
Régimen Subsidiado	7.049	8.109	7.891	10.893	14.663
Régimen Contributivo	947	1.089	1.060	1.463	1.970
Vinculados	2.104	2.421	2.356	3.252	4.377
Particulares	421	484	471	650	875
Precio promedio (pesos corrientes)	9.000	9.540	10.065	10.568	11.096
Subtotal ingresos	94.689.000	115.462.620	118.542.037	171.813.487	242.843.220
# Farmacia (Despacho de formulas)	22.040	22.794	22.736	23.470	24.214
Régimen Subsidiado	15.648	16.184	16.143	16.664	17.192
Régimen Contributivo	2.204	2.279	2.274	2.347	2.421
Vinculados	3.747	3.875	3.865	3.990	4.116
Particulares	441	456	455	469	484
Precio promedio (pesos corrientes)	22.500	23.850	25.162	26.420	27.741
Subtotal ingresos	495.900.000	543.636.900	572.077.548	620.073.586	671.716.442
Total	1.274.497.500	1.425.378.820	1.559.234.507	1.793.658.033	2.037.759.336
Total (1994=100)	359.418.359	358.315.440	349.369.148	358.158.553	362.719.711

Continuado con las proyecciones financieras del proyecto se analiza y consolidan los datos determinados anteriormente con el fin de establecer el flujo financiero neto del proyecto, para realizar este trabajo se toman los datos en pesos constantes de 1994.

Para el caso de los costos y gastos de operación existe una referencia anterior proyectada en el Tabla 23 en el cual se muestra la conformación de la estructura del gasto, con base en

ese análisis se proyecta los costos de operación y los gastos de administración para el periodo de evaluación a una tasa anual promedio del 5% anual.

Tabla 23. Costos operacionales del proyecto.

Concepto	2004	2005	2006	2007	2008
Costos de producción	920.166.382	946.465.435	972.129.041	997.125.427	1.021.421.232
Gastos de administración	254.178.937	266.887.884	280.232.278	294.243.892	308.956.087
Total costos operacionales	1.174.345.319	1.213.353.319	1.252.361.319	1.291.369.319	1.330.377.319
Total costos operacionales (1994=100)	331.174.653	305.015.917	280.609.751	257.861.286	236.806.215

Con los anteriores datos se establece el flujo neto operacional del proyecto.

Tabla 24. Flujo neto operacional (1994=100).

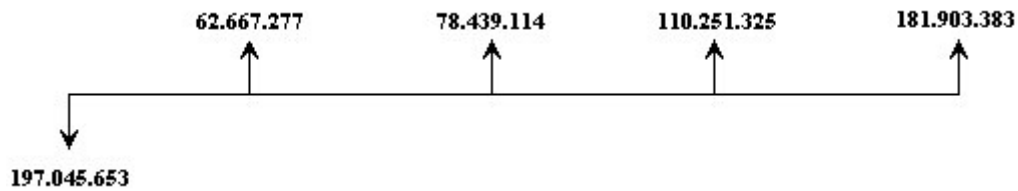
Concepto	2004	2005	2006	2007	2008
Total ingresos	359.418.359	358.315.440	349.369.148	358.158.553	362.719.711
Total costos operacionales	331.174.653	305.015.917	280.609.751	257.861.286	236.806.215
utilidad operacional	28.243.706	53.299.523	68.759.397	100.297.267	125.913.496
+ Depreciación	13.002.861	13.002.861	13.002.861	13.002.861	13.002.861
Flujo Neto de operación	41.246.567	66.302.384	81.762.258	113.300.128	138.916.357

Para finalizar las proyecciones financieras del proyecto se presenta el flujo neto del proyecto el cual representa la información correspondiente al flujo neto de inversión y los resultados de la operación del proyecto tal como lo muestra la siguiente tabla y la representación grafica del flujo de caja del proyecto.

Tabla 25. Flujo financiero neto del proyecto (1994=100).

Concepto	2004	2005	2006	2007	2008
Flujo neto de inversión	-238.292.220	-3.635.107	-3.323.143	-3.048.803	42.987.026
Flujo neto de operación	41.246.567	66.302.384	81.762.258	113.300.128	138.916.357
Flujo financiero neto del proyecto	-197.045.653	62.667.277	78.439.114	110.251.325	181.903.383

Figura 41. Flujo financiero neto del proyecto.



Finalmente es preciso tener en cuenta que para la financiación del proyecto se cuenta con los \$360.000.000 asignados para la institución en el plan bienal de inversión para la vigencia 2004 destinada a dotación asistencial, valor equivalente a \$101.522.843 en pesos de 1994.

Por otra parte, la institución posee al momento de reestructurarse un capital de trabajo por un valor de \$200.905.465 representado por las cuentas por cobrar por servicios prestados, el efectivo disponible y la disponibilidad de medicamentos y otros insumos en la farmacia municipal menos las obligaciones pendientes con corte a 31 de diciembre de 2003.

En consecuencia la Empresa Social del Estado al momento de su creación contaría con \$302.426.308 al iniciar el proceso operacional.

Cuadro 36. Balance general del centro de salud a dic. 31 de 2003 (1994=100).

Código	Concepto	Valor
1	Activo	422.161.831
11	Efectivo	35.000.000
14	Deudores	85.000.000
15	Inventarios	90.000.000
16	Propiedad planta y equipo	158.428.404
19	Otros activos	53.733.426
2	Pasivo	9.096.535
24	Cuentas por pagar	5.777.924
25	Ob. laborales y seg. social integral	3.318.611
3	Patrimonio	413.065.295
31	Hacienda publica	413.065.295

A manera de conclusión del capítulo se puede decir que la preparación de las proyecciones financieras es una tarea que se facilita gracias a la existencia de un área destinada al control y preparación de informes en los cuales se ha consolidado las principales características, requerimientos y métodos de la gestión financiera del Centro de Salud municipal.

Esto facilitó la conformación de la estructura de gasto y sus proyecciones, pudiendo identificar los principales rubros relacionados tanto con la operación y la administración del sector salud debido a que los organismos de control del sistema de salud ya habían optado por requerir la información financiera de los prestadores de servicios de salud de manera autónoma y posteriormente surgió la obligación de realizar el saneamiento contable de la institución de acuerdo a la ley 716 de 2001, por lo que existe un alto grado de confiabilidad en los datos analizados.

Finalmente es preciso destacar que según lo establecido en el flujo de fondo la nueva empresa no necesita obligatoriamente recurrir a créditos con las instituciones financieras o buscar fuentes de financiación externas.

10.4 EVALUACIÓN DEL ANALISIS CORPORATIVO

La evaluación del proyecto generalmente se realiza para presentar el potencial de retorno económico o financiero que ofrece el proyecto a la inversión para que el empresario o interesado decida la conveniencia de la implementación del mismo; para el caso de este proyecto es preciso tener en cuenta que la evaluación recaería sobre un servicio social que tiene la característica particular de ser altamente controlado por el gobierno; es más, el proceso de transformación de los prestadores de salud en Empresas Sociales del Estado es una obligación encubierta dentro de la reglamentación de la Ley 715 de 2001, particularmente como se lo ha mencionado en otro capítulo, es la expedición del Decreto 027 de 2003 lo que especifica la necesidad de cumplir las condiciones específicas de dirección y prestación de servicios de salud a la comunidad lo cual será evaluado anualmente por la Dirección Departamental de Salud; el incumplimiento de los estándares requeridos implica para el municipio la pérdida irreversible de los recursos destinados al sector salud y en consecuencia la administración del sector en el ámbito local.

Al respecto y partiendo de las exigencias legales, los municipios como responsables de la prestación de servicios de salud optaron por iniciar el proceso de transformación de sus IPS en Empresas Sociales del Estado debido a que dentro de la reglamentación de la evaluación a las Direcciones Locales de Salud se estableció que la existencia de un contrato de prestación de servicios entre el municipio y un prestador de servicios de la red de salud tiene un ponderado del 15% y la inexistencia de la E.S.E. ocasiona la pérdida de esa calificación.

Por lo tanto, un punto a favor de la constitución de la Empresa Social del Estado es el potencial peligro de la pérdida de los recursos de salud destinados a la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda.

10.4.1 Evaluación financiera: Si se toma como referencia una tasa de oportunidad del 29.67% se obtiene el valor presente neto del proyecto por un valor de \$9.901.956 lo que significa que el proyecto es factible de implementar generando un rendimiento superior a una tasa de interés corriente del 45.47% efectivo anual.

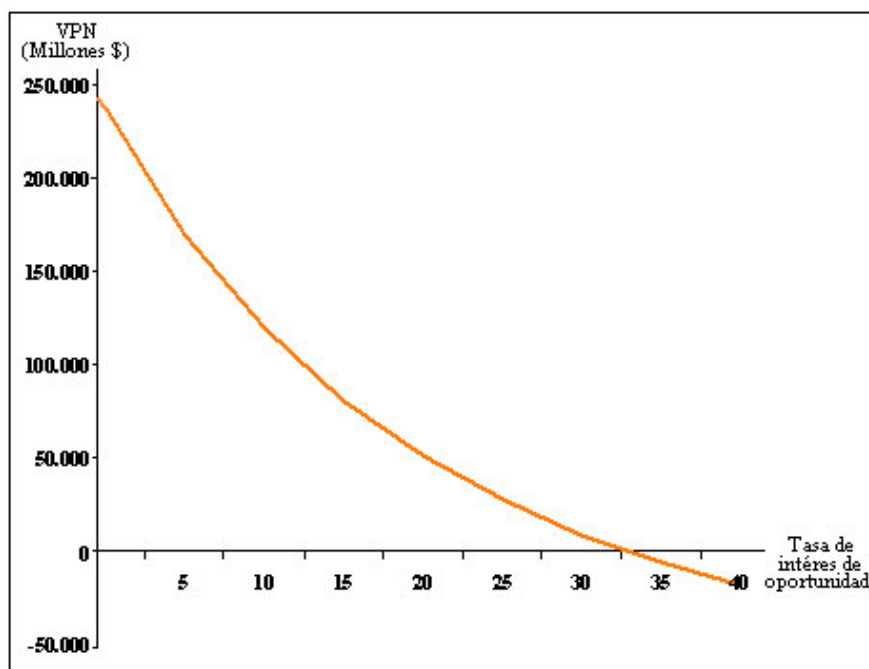
Tabla 26. Calculo del Valor Presente Neto.

Concepto \ Años	1	2	3	4	5
Flujo financiero neto del proyecto	-197.045.653	62.667.277	78.439.114	110.251.325	181.903.383
Tasa de oportunidad	29,67%	29,67%	29,67%	29,67%	29,67%
Parcial VPN	-151.959.322	37.270.207	35.976.106	38.996.513	49.618.453
V.P.N	9.901.956				

Por tratarse de un servicio de carácter público se puede decir que los beneficios se verán reflejados en la sociedad y que la remuneración positiva al capital comprometido en el desarrollo del proyecto es un factor muy influyente en la decisión de la creación de la Empresa Social del Estado; además, cave recordar que la implementación de esta empresa es consecuencia de la política nacional; por tal motivo las herramientas de la evaluación financiera son simplemente un punto de referencias para determinar el potencial del proyecto.

La siguiente figura muestra el valor presente neto del proyecto a diferentes tasa de oportunidad determinando una tasa máxima de retorno del 32.85%, la cual equivale a la Tasa Interna de Retorno TIR (Cuadro 37).

Figura 42. Gráfica del Valor Presente Neto.



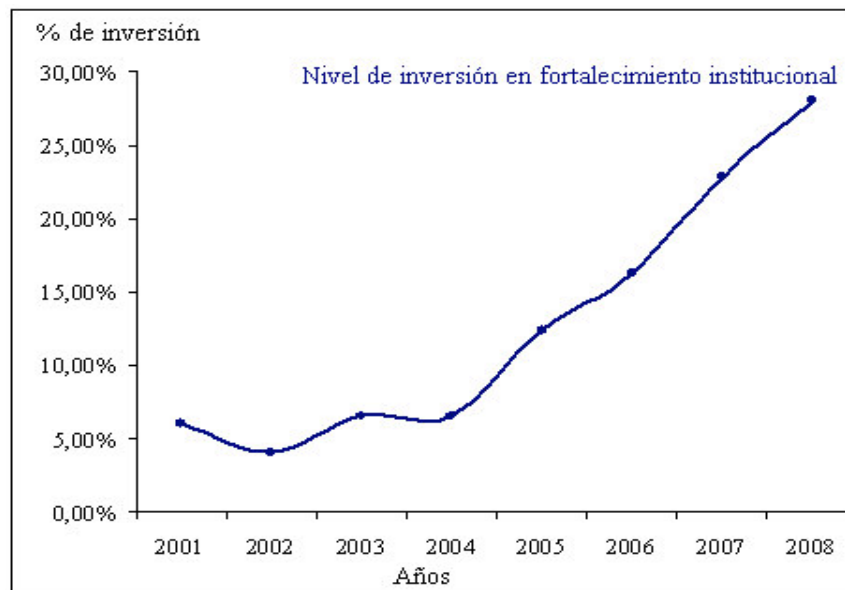
Cuadro 37. Tasa Interna de Retorno.

Diferencias entre tasas utilizadas	Suma de VPN (en valores absolutos)	% del total	Ajuste al 1% de diferencias de tasas	Tasas utilizadas ajustadas TIR
33	441.015	15,00%	-0,14996	32,8500
32	2.499.809	85,00%	0,85004	32,8500
1	2.940.825	1,00	1	

La TIR del proyecto indica que la operación de la Empresa Social del Estado bajo los criterios de inversión y costos operativos planteados tiene una rentabilidad del 32.85% anual valor equivalente a 49.04% anual en terminos corrientes; lo que demuestra que la creación de la Empresa Social del Estado es una estrategia positiva para incrementar la inversión en programas de fortalecimiento institucional.

Por ejemplo, bajo los criterios de reinversión de utilidades en programas de fortalecimiento institucional para se puede comprometer en el presupuesto de la nueva empresa el 85% de los exedentes persividos durante cada vigencia, con lo cual se obtendría un incremento de 23 puntos porcentuales tomando como referencia el promedio de inversión durante el periodo 2001 – 2003 por un valor del 5.54% del presupuesto anual, alcanzando para el año 2008 un 28.05% de inversión; el resante 15% descontado de los exedentes se puede destinar a cubrir costos operación y gastos en mantenimiento adicionales originados por la nueva inversión. la Figura 43 muestra la proyección del nivel de inversión propuesto.

Figura 43. Proyección del nivel de inversión en programas de fortalecimiento institucional.



En términos estadísticos el nivel de crecimiento anual observado durante los tres primeros años fue del 8%, para el periodo de evaluación se proyecta un crecimiento del 34.8% para cada vigencia; comparando esta proyección de crecimiento con la utilización de la capacidad instalada se encuentra una correlación del 96% entre las dos variables.

Otro indicador utilizado es la relación costo/beneficio, el cual se calcula de la siguiente manera:

$$R^{B/C} = \frac{\sum It / (1+i)^n}{\sum Et / (1+i)^n} = \frac{37.270.207 + 35.976.106 + 38.996.513 + 49.618.453}{151.959.322} = \frac{161.861.279}{151.959.322}$$

$$R^{B/C} = 1,0652$$

Según el cálculo de la relación costo beneficio se establece que valor presente de los ingresos o beneficios es mayor al valor presente de los egresos, otorgando buenas perspectivas para la implementación del proyecto.

Esta situación financiera proyectada para la empresa demuestra el potencial de generar un excedente que puede ser reinvertido en el mejoramiento de la calidad de los servicios; es decir que el valor presente de los ingresos del proyecto son beneficios adicionales que presenta la reestructuración del centro de salud, teniendo en cuenta la baja existencia de recursos de balance reflejados en el presupuesto de las vigencias anteriores.

La inclusión de estos recursos en programas de fortalecimiento institucional multiplica los beneficios de la empresa brinda a la sociedad; por ejemplo, ampliación de servicios, dotación de nueva tecnología, capacitación del personal, creación de un fondo de solidaridad y otros programas que busquen el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud con la consecuente ampliación del beneficio social.

10.4.2 Evaluación de áreas críticas. En la Figura 44 se resume y califica los aspectos positivos y negativos encontrados dentro del análisis corporativo de Centro de Salud determinantes en proceso de creación de la Empresa Social del Estado; en primer lugar se encuentran factores relacionados con el posicionamiento comercial de la empresa, los aspectos técnicos relacionados con la capacidad operativa y los aspectos financieros determinantes de la situación patrimonial; seguidamente se analiza uno a uno las áreas críticas dentro del proceso.

Para el caso del área comercial se evidencian factores importantes favorables para el desarrollo de la empresa, principalmente factores externos que favorecen comercialmente a la nueva empresa; por ejemplo, la existencia de un mercado potencial sin cobertura y la baja influencia de la competencia, los aspectos negativos del área son factores en su gran mayoría internos que pueden corregirse haciendo uso de una política estratégica de mejoramiento en el posicionamiento comercial con amplios objetivos publicitarios,

establecimiento de metas e indicadores de cumplimiento y el desarrollo de manuales y planes operativos de gestión, compras y de promoción institucional.

Entre los aspectos técnico se encuentra un gran potencial que fortalece el proceso de constitución de la Empresa Social del Estado; la disponibilidad de la infraestructura básica y dotación asistencial necesaria para desarrollar el proceso operativo teniendo en cuenta que el área de atención médica desarrollada por la antigua organización se encuentra habilitada ante el Instituto Departamental de Salud. Las limitaciones por otra parte, están constituidas por deficiencia administrativas que la empresa debe desarrollar; por ejemplo, la formulación de un plan estratégico de desarrollo, plan de seguridad hospitalaria, sistemas de comunicación, sistema de selección de personal entre otros.

Figura 44. Análisis FAVOD del proceso de creación de la ESE.

ÁREAS	FACTORES	I	D	B	A	E
Aspectos comerciales	Criterio Social					x
	Participación monopólica				x	
	Amplio mercado potencial				x	
	Competencia Débil				x	
	Servicios adecuados				x	
	Mala utilización estadística	x				
	Baja cobertura		x			
	Falta de indicadores		x			
	Poca promoción de servicios		x			
	No existe publicidad	x				
	Inadecuada política de compras	x				
	Aspectos técnicos	Capacidad operativa			x	
Ubicación logística					x	
Infraestructura y dotación básica				x		
Posibilidad de ampliación						x
Deficiente organización			x			
Aspectos financieros	Asignación de recursos nacionales				x	
	Punto de equilibrio es alto para la competencia					x
	Sistema de costos	x				
	Suficiencia patrimonial				x	
	Capital de trabajo			x		
	Reinversión de excedentes				x	

I INADECUADO
D DEFICIENTE
B BÁSICO
A ACEPTABLE
E EXCELENTE

Para el caso de los aspectos financieros se establecen ventajas relacionadas con el carácter público de la institución, lo que facilita la asignación de recursos del presupuesto nacional para el fortalecimiento de la institución; en lo relacionado con la suficiencia patrimonial se puede decir que el proceso de transformación esta afianzado en la disponibilidad de recursos financieros necesarios para impulsar la nueva empresa y financiar la inversión en desarrollo institucional.

En términos generales se ha podido establecer que los aspectos externos son positivos en su gran mayoría para optar por la creación de la nueva empresa; en los aspectos internos es donde mayor deficiencias se encuentran pero por trastearse de factores que se desarrollan al interior de la organización existe la posibilidad de implementar estrategias de posicionamiento que permitan corregir las deficiencias y proporcionen para la empresa nuevas oportunidades o fortalezas.

10.4.3 Plan de acción. Finalmente se presenta las principales estrategias que se pueden tener en cuenta para la creación de la Empresa Social del Estado; el plan de acción contiene estrategias que involucran tres componentes generales; por una parte están aspectos relacionados con el desarrollo organizacional que son estrategias encaminadas a corregir las deficiencia encontradas en los aspectos técnicos y organizativos; para el caso del componente de mercadeo y comercialización se presentan estrategias dirigidas a mejorar la atención al cliente y el posicionamiento comercial y publicitario de la empresa y el ultimo componente hace referencia al mejoramiento de la gestión financiera.

Cada estrategia se compone de la siguiente estructura: un propósito general que determina el objetivo más amplio que se busca conseguir con la aplicación de las diferentes actividades o tareas propuestas; los resultados hacen referencia al planteamiento de objetivos específicos necesarios para el cumplimiento del propósito, se presenta también el marco legal en el cual se sustenta la estrategia y las actividades a desarrollar las cuales determinan un responsable, las metas e indicadores que permitan controlar y evaluar el desarrollo de cada estrategia y del plan de acción.

A continuación se describe los principales características de las estrategias propuestas en el plan de acción.

La estrategia número 1 hace referencia al proceso de constitución de la Junta directiva de la Empresa Social del Estado, parte de la voluntad política por parte del Alcalde municipal para transformar el Centro de Salud en Empresa Social del Estado, se recomienda la participación de la comunidad durante todo el proceso para concertar el proceso y recopilar el punto de vista de los usuarios de la salud buscando nuevos aspectos que contribuyan al mejoramiento de la calidad de los servicios. De esta manera se pretende configurar la máxima autoridad de la empresa y definir las políticas generales de la nueva institución.

La segunda estrategia hace referencia al procedimiento de elección del gerente de la empresa, se caracteriza principalmente por ser un proceso público y abierto a la comunidad

para determinar una terna de candidatos que posean las condiciones de conocimiento y experiencia apropiadas para organizar y promover la institución; en términos normativos el proceso debe remitirse al marco legal presentado en el formato correspondiente.

Seguidamente se encuentra un de las principales estrategias, la cual esta encaminada a centrar todo el esfuerzo institucional hacia una excelente atención al cliente, proporcionando un trato adecuado a los pacientes y demás usuarios de la empresa, ofreciendo servicios con calidad en criterios de oportunidad, eficiencia, efectividad y seguridad para la comunidad.

Las estrategias 4 y 5 están dirigidas al fortalecimiento de la organización y gestión de la Empresa Social del Estado en aspectos como desarrollo institucional y mecanismos de control y evaluación.

Finalmente se presenta la estrategia 6 encaminada a constituir las principales políticas de la gestión financiera de la institución; principalmente se hace referencia a la consolidación y desarrollo del sistema de seguimiento y evaluación de costos por actividad, el manejo presupuestal y el establecimiento de metas e indicadores que permitan el control de esta área (ver Anexo A).

11. CONCLUSIONES

En términos generales, mediante el estudio de sostenibilidad para la reestructuración del Centro de Salud en Empresa Social del Estado se ha determinado que la organización de la prestación de servicios de salud como institución dependiente de la alcaldía municipal ha causado debilidades al sistema ocasionando problemas como baja cobertura de los servicios, una calidad deficiente y un bajo nivel de inversión en programas que contribuyan al desarrollo de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Más específicamente, dentro del estudio de mercado se ha podido establecer que la Empresa Social del Estado debe prestar servicios oportunos, humanizados, de criterio social, concertados, preventivos y continuados; es decir, que sean integrales y dirigidos a la satisfacción de los usuarios; se debe hacer un gran esfuerzo institucional para fortalecer cada unidad funcional de carácter asistencial con el fin de mejorar la cobertura de los servicios de primer nivel principalmente en las áreas de odontología y consulta externa en complemento con campañas de prevención y promoción de la salud con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad general del municipio.

Para el planteamiento de la política de mejoramiento de la cobertura se debe dar prioridad a programas dirigidos especialmente a los grupos de menor edad, debido a la tendencia de la brecha en cobertura de los servicios es inversamente proporcional a la edad de la población y las tres principales causas de morbilidad son enfermedades muy comunes en la población infantil.

La cobertura se debe dirigir también a la prestación de servicios a la población pobre sin capacidad de pago quienes son beneficiarios de subsidios otorgados por la nación, este grupo de población está constituido por 4577 personas de los cuales solo ha recibido atención en promedio el 26%; para el caso de la población sin subsidios representado principalmente por el estrato 3 del SISBEN es preciso desarrollar programas especiales que incentiven la atención de este segmento de la población; por ejemplo, tarifas especiales que compensen la falta de un subsidio.

También se analizó las diferentes modalidades de contratación de los servicios con las Administradoras del Régimen Subsidiado y Empresas Promotoras de Salud para establecer el sistema más conveniente; los resultados obtenidos dan mayor recomendación a la modalidad de contratación por facturación o evento debido a la propuesta de ampliación de cobertura.

La implementación de servicios de segundo nivel es un aspecto que la empresa no debe priorizar debido a la baja tasa de referencia de pacientes a instituciones de este nivel de complejidad, la empresa debe centrar sus esfuerzos en el fortalecimiento de los servicios de primer nivel.

Entre los aspectos técnicos se pudo establecer que la existencia de recursos, instalaciones y la dotación asistencial básica proporciona la suficiente capacidad operativa para desarrollar el proceso sin causar traumatismos en el servicio; por ejemplo, la utilización del 93% capacidad total operativa determinada para la Empresa Social del Estado (Oferta teórica) se tiene el potencial de lograr una cobertura del 100% del mercado potencial; otro caso es la ventaja ofrecida por la localización de la empresa y de sus unidades de atención descentralizadas en el territorio lo que facilita la cobertura geográfica en servicios básicos de salud y en promedio la distancia que tienen que recorrer los usuarios es de 8 kilómetros con costos de transporte relativamente bajos.

La estructura organizativa es un aspecto que la empresa debe desarrollar debido a que anteriormente la dirección la ejercía directamente el alcalde o su delegado, en este punto es importante tener en cuenta la preparación de los proyectos de acuerdo necesarios para definir la estructura organizativa de conformidad con los planteamientos realizados en el presente estudio.

Por otra parte, tomando como referencia de las implicaciones financieras del proceso de creación de la Empresa Social del Estado se pudo establecer que el proceso no requiere de un nivel de inversión inicial elevado; la disponibilidad de recursos físicos, financieros y la asignación de recursos del presupuesto nacional para financiar un programa de dotación de equipos médicos es suficiente para desarrollar el proceso.

También el estudio financiero permitió determinar que el punto de equilibrio del proceso de operación de la empresa es relativamente elevado alcanzando los \$810.084.994 (pesos corrientes), lo cual se constituye en un punto favorable para la empresa debido a la barrera para la entrada de nuevos competidores.

El principal aspecto que se puede apreciar dentro del estudio de sostenibilidad, es la generación de excedentes que pueden ser reinvertidos en programas de desarrollo institucional y de mejoramiento de la calidad pasando del 5.54% en el nivel de inversión durante el periodo 2001 a 2003 del Centro de Salud a un promedio del 17.2% para el periodo proyectado (2004-2008), con la meta de alcanzar el 28.5% de inversión como porcentaje del presupuesto total para la vigencia 2008.

Al finalizar el estudio se proponen estrategias dirigidas a fortalecer el proceso de creación de la Empresa Social del Estado basadas en los principios de autonomía gerencial, administrativa y financiera, la proyección de la empresa hacia la atención al cliente como esencia de su objeto social, la transparencia y participación ciudadana a lo largo de todo el proceso de conformidad con lo establecido por la teoría neoestructuralista para el mejoramiento de la eficiencia en la gestión de las empresas públicas.

Por lo tanto el estudio a determinado que evidentemente existe la capacidad económica, técnica y financiera del Centro de Salud del municipio de Pupiales para reestructurarse en Empresa Social del Estado como alternativa para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

ABAD GOMEZ, Héctor. Teoría y práctica de la salud pública. Medellín : Universidad de Antioquia, 1987. 489 p.

AGUIRRE GAS, Héctor Gerardo. Calidad en la atención medica : Bases para su evaluación y mejoramiento continuo.3 ed. México: Noriega, 2002. 375 p.

CASTAÑEDA BURBANO, Martha Lucia. Diseño e implementación del Sistema de Garantía de Calidad para el Centro Hospital de Pupiales – Nariño 2003. Pupiales : *s.n.* 2003. 272 p.

COLOMBIA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Documento Copes 3204: Política de prestación de servicios para el Sistema de Seguridad Social en Salud y asignación de recursos del presupuesto general de la Nación para la modernización de los Hospitales Públicos. Bogotá: DNP, 2002. 24 p.

_____. El plan Operativo Anual de Inversiones – POAI en las entidades territoriales y Orientaciones para la programación de los recursos del Sistema General de Participaciones –SGP – de la vigencia 2004. Bogotá: DNP, 2003. 30 p.

_____. Manual metodológico para la identificación, preparación y evaluación de proyectos de atención del primer nivel de salud. Bogotá: DNP, 1994. 40 p.

_____. Manual metodológico para proyectos de infraestructura de establecimientos de salud del primer nivel de complejidad. Bogotá: DNP, 1991. 231 p.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Anexo Técnico Resolución No. 001439 de noviembre de 2002. Bogotá: El Ministerio, 2002. 81 p.

_____. La prestación de servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado en el Sistema de Seguridad Social en Salud: Guía de capacitación y consulta. Bogotá: El Ministerio, 2000. 349 p.

_____. Manual de control: Evaluación y seguimiento de los procesos de prestación de servicios de salud. Bogotá: El Ministerio, 2000. 41 p.

_____. Resolución No. 001474 de noviembre 7 de 2002: Por la cual se definen las funciones de le Entidad Acreditadota y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación. Bogotá: El Ministerio, 2002. 137 p.

_____. Sistema Integral de Información del SGSSS – SIIS: Conceptualización y diseño general. Bogota: El Ministerio, 1997. 92 p. CONDE LOPEZ, Alejandro. Tratado sobre inversión: A nivel macroeconómico y de empresa. 2 ed. Zaragoza: Distresa, 1982. 404 p.

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993: Sistema de Seguridad Social Integral. Bogotá: Lito Impresores, 2002, 505 p.

_____. Ley 10 de 1990 (online). Departamento Nacional de Planeación. 1997. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/archivosweb/direccion_desarrollo_social/salud/ley_10_90.pdf

CONTRERAS BUITRAGO, Marco Elías. Formulación y evaluación de proyectos. Bogotá: Unad, 2002. 592 p.

GRAVALLE, Hugo y REES, Ray. Microeconomía. Madrid: Alianza, 1984. 664 p.

GUJARITI, Damodar. Econometria. México: McGraw-Hill, 1984. 456 p.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACIONES. Compendio: Tesis y otros trabajos de grado. Bogotá: ICONTEC, 2003. 99 p.

INSTITUTO COLOMBIANO PARA LA CIENCIA Y LA TECNOLOGIA FRANCISCO JOSE DE CALDAS. Salud para la calidad de vida: Bases para un plan del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Bogotá: Tercer Mundo, 1993. 312 p.

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO. Informe de gestión 2001 – 2003. Pasto: IDSN, 2004. 215 p.

_____. Plan sectorial de salud Departamento de Nariño. Pasto: IDSN, 2001. 87 p.

JUEZ MARTEL, Pedro. Probabilidad y estadística en medicina. Madrid: Díaz de Santos, 1996. 364 p.

KATS, Jorge. La salud en América Latina: Aspectos prioritarios de su administración. México: Fondo de Cultura Económica, 1983. 317 p.

LARA TORRES, Eduardo. Técnicas de medición estadística: Metodología y aplicaciones en Colombia. Bogotá: Siglo Veintiuno, 1987 p.

LELAND, Blank y TARQUIN, Anthony. Ingeniería Económica. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana, 2001. 722 p.

LOPEZ AGUDELO, Sebastián. Manual de proyectos de inversión. Bogotá: DNP, 1985. 427 p.

MANKIW, N. Gregory. Principios de economía. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1998. 726 p.

MATUS, Carlos. Planificación de situaciones. México: Fondo de Cultura Económica, 1980. 376 p.

MEGIA GARCIA, Braulio. Auditoría Médica: Para la garantía de la calidad en salud. Bogotá: Ecoe ediciones, 2002. 198 p.

MENDEZ A, Carlos. Metodología: Diseño y desarrollo del proceso de investigación. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana, 2002. 246 p.

NARIÑO. MUNICIPIO DE PUPIALES. Descentralización del sector salud en el municipio de Pupiales. Pupiales: El Municipio. 1998. 200 p.

_____. Esquema de Ordenamiento Territorial del Municipio de Pupiales. Pupiales: El Municipio, 2001. 423 p.

_____. Estudio de la prestación pública de servicios de salud y propuesta de reorganización de la oferta de servicios en el municipio de Pupiales. Pupiales: El Municipio, 2003. 84 p.

_____. Informe Red de Servicios 2003. Pupiales: El Municipio, 2003. 91 p.

_____. Plan Local de Salud 2001 – 2003. Pupiales: El Municipio, 2001. 106 p.

OCAMPO, José Antonio. Un futuro económico para Colombia. Bogotá: Alfaomega, 2001.

OCEANO. Enciclopedia practica de la pequeña y mediana empresa. Barcelona: Océano grupo editorial, s.f. 928 p.

ROBLEDO CASTILLO, Jorge Enrique. Neoliberalismo, Privatización y servicios públicos. Manizales: ARS ediciones, 2001. 103 p.

ROMERO ROMERO, Enrique. Presupuesto y contabilidad pública: Una visión práctica. Bogotá: Ecoe Ediciones, 2001. 194 p.

RUEDA, Eduardo et al. Herramientas para el ejercicio del control ciudadano. Bogotá: Linotipia Bolívar, 2003. 196 p.

SUNKEL, Osvaldo. El desarrollo desde dentro: Un enfoque neoestructuralista para América Latina. México: Fondo de Cultura Económica, 1995. 507 p.

Anexos

Anexo A. Plan de acción.

PLAN DE ACCION

DESARROLLO ORGANIZACIONAL X
COMPONENTE MERCADO Y COMERCIALIZACIÓN
GESTIÓN FINANCIERA

NUMERO 001

PROPÓSITO	Conformar la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado		
RESULTADOS	Concertar con la comunidad la creación de la Empresa Social del Estado		
	Proporcionar espacios de participación en la definición de los representantes al Junta Directiva		
	Establecer las normas guías de la creación de la Empresa Social del Estado		
MARCO LEGAL	Decreto 1876 de 1994		
	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	METAS
		INDICADORES	
	Expedir los estatutos generales de la Empresa Social del Estado y el Reglamento Interno de la Junta Directiva	Junta Directiva	Establecer las normas interna
	Posesionar la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado	Alcalde	Documentos
	Elegir democráticamente 2 representantes del sector científico de la salud, 2 representantes de la sector político administrativo y 2 representantes de la comunidad	Dirección de Salud Municipal	Elegir seis representantes
	Socializar las políticas nacionales y dar conoce a la comunidad la voluntad política de creación de la Empresa Social del Estado	Alcalde	Actas de elección de representantes
			Participación de toda la comunidad
			Número de actas de concertación

PLAN DE ACCION

COMPONENTE DESARROLLO ORGANIZACIONAL X
 MERCADO Y COMERCIALIZACIÓN
 GESTIÓN FINANCIERA

NUMERO 002

PROPÓSITO	Designar el Gerente de la Empresa Social del Estado			
RESULTADOS	Seleccionar una persona capacitada para la gerencia de la empresa			
	Realizar un proceso de selección transparente			
MARCO LEGAL	Decreto 1876 de 1994, Decreto 139 de 1996, Decreto 3344 de 2003			
	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	METAS	INDICADORES
	Presentar terna al Alcalde municipal para designar el Gerente de la Empresa Social del Estado	Junta Directiva	Seleccionar el gerente	Acta de nombramiento
	Publicar resultados de la selección de participantes	Junta Directiva		
	Aplicar una prueba de capacidad, merito y experiencia de los participantes	Universidad calificada	Seleccionar terna	Calificación por aspirante
	Invitar públicamente a la inscripción de candidatos al cargo de Gerente de la Empresa Social del Estado	Junta Directiva	Informar masivamente	Días y medios de publicidad

PLAN DE ACCION

COMPONENTE DESARROLLO ORGANIZACIONAL
 MERCADO Y COMERCIALIZACIÓN X
 GESTIÓN FINANCIERA

NUMERO 003

PROPÓSITO	Direccionar el trabajo institucional hacia el mejoramiento de la relación cliente - organización			
RESULTADOS	Respetar los derechos de los usuarios			
	Prestar un servicio seguro y humanizado			
	Rescatar el punto de vista del cliente para desarrollar procesos de reingeniería			
MARCO LEGAL	Decreto 2309 de 2002, Resolución 1474 de 2002			
	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	METAS	INDICADORES
	Desarrollar el código de ética institucional	Gerencia	Editar 4,000 cartillas	Número de distribuciones
	Determinar los derechos y deberes de los usuarios de la salud	Comité de mejoramiento de la calidad	Capacitar al 60% de los usuarios	Número de personas capacitadas
	Capacitar el personal en relaciones humanas	Gerencia	Desarrollo de una actividad mensual	Número de horas de capacitación
	Desarrollar de herramientas, procesos e indicadores de evaluación en materia de atención a cliente	Trabajo social y coordinación médica	Manual de procedimientos	Estándares desarrollados
	Priorización de los pacientes a atender	Jefe de enfermería	Manual de procedimientos	Estándares desarrollados
	Desarrollar guías de practica clínica o de medicina institucional calificadas científicamente	Coordinación médica	Manual de procedimientos	Estándares desarrollados
	Implementar un sistema de recepción y seguimiento de queja, reclamos y sugerencias	Trabajo social	Conocer principales causas de insatisfacción del usuario	Número de quejas, reclamos o sugerencias resueltas

PLAN DE ACCION

DESARROLLO ORGANIZACIONAL X
COMPONENTE MERCADO Y COMERCIALIZACIÓN
GESTIÓN FINANCIERA

NUMERO 004

PROPÓSITO	Diseñar las políticas generales de desarrollo institucional y los mecanismos de control y evaluación			
	Implementar los medios y procesos de control y evaluación			
	Establecer la misión, visión y los objetivos de desarrollo institucional			
	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	METAS	INDICADORES
	Capacitar a los miembros de la Junta Directiva mecanismos de control de la organización.	Presidente Junta Directiva	Una reunión mensual	Número de horas de capacitación
	Elaborar documentos, conceptos informes técnicos periódicos por la gerencia y por los jefes de las diferentes áreas funcionales.	Gerencia y jefes de área	Un informe mensual por área funcional	Numero de informes
	Implementar un proceso de evaluación de la oportunidad, utilización y calidad de los servicios prestados.	Coordinados médico	Desarrollar estándares de cumplimiento	Numero de estándares desarrollados
	Implementación del Plan Estratégico de Desarrollo Institucional	Gerencia	Plan de desarrollo	Documento

PLAN DE ACCION

DESARROLLO ORGANIZACIONAL X
COMPONENTE MERCADO Y COMERCIALIZACIÓN
GESTIÓN FINANCIERA

NUMERO 005

PROPÓSITO	Consolidar las principales políticas gerenciales de la institución		
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	METAS	INDICADORES
Evaluación y seguimiento del ambiente físico según las necesidades de la organización	Gerencia	Plan de readecuación	Proyectos de readecuación
Desarrollar procesos para garantizar la suficiente calificación y competencia del personal de la institución	Coordinación administrativa y financiera	Desarrollo de estándares de calificación	Número de estándares desarrollados
Implementar el plan de seguridad industrial	Gerencia	Publicar un plan de seguridad anual	Documento
Implementar el plan de mantenimiento hospitalario	Gerencia	Publicar un plan de mantenimiento anual	Documento
Desarrollar procesos para la eficiente asignación de recursos humanos, físicos y financieros por cada unidad funcional	Gerencia	Manual de procedimientos	Procesos establecidos

PLAN DE ACCION

DESARROLLO ORGANIZACIONAL
COMPONENTE MERCADO Y COMERCIALIZACIÓN
GESTIÓN FINANCIERA

NUMERO 006

X

PROPÓSITO	Consolidar las principales políticas de gestión financiera de la institución		
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	METAS	INDICADORES
Desarrollo de indicadores de gestión financiera	Gerencia	un informe financiero mensual	Indicadores establecidos
Desarrollar los procedimientos presupuestales de acuerdo con las normas establecidas para el manejo del presupuesto publico	Tesorería	Generar excedentes operacionales	Valor anual del superávit
Implementar el sistema de seguimiento y evaluación de costos de operación por servicio	Coordinación administrativa y financiera	Contabilidad de costos	Costo por actividad