

PLAN ESTRATEGICO DE MERCADEO PARA LOS SERVICIOS DE
PRIMER NIVEL DE LA I.P.S DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

EDITH RUTH POLANIA CUBILLOS
Odontóloga

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA-HUILA
2007

PLAN ESTRATEGICO DE MERCADEO PARA LOS SERVICIOS DE
PRIMER NIVEL DE LA IPS DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

EDITH RUTH POLANIA CUBILLOS

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social

Asesora
ALBA INES OSORIO CUENCA
Administradora de Empresas

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA-HUILA
2007

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, julio de 2008

DEDICATORIA

A DIOS por ser la motivación para luchar con mucho ánimo y cumplir las metas propuestas.

A mis padres, MARCO AURELIO POLANIA y ELIZABETH CUBILLOS DE POLANIA, quienes siempre me han apoyado, dándome fuerzas para lograr alcanzar esta meta.

EDITH RUTH

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

Al Doctor PEDRO REYES GASPAR, Coordinador de la Especialización Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social.

A la Doctora ALBA INES OSORIO CUENCA. Asesora del Proyecto.

A LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA, por darme la oportunidad de realizar la Especialización en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	18
1. JUSTIFICACIÓN	19
1.1 COBERTURA UNIVERSAL	20
1.2 CAPACIDAD INSTALADA DE SERVICIO DE SALUD EN NEIVA	22
1.3 PORQUE LA I.PS. DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA?	22
2. OBJETIVOS	24
2.1 OBJETIVO GENERAL	24
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	24
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
3.1 SITUACIÓN ACTUAL	25
3.2 PRONOSTICO	25
3.3 RESULTADO DE LA ENCUESTA	25
3.4 FORMULACION DEL PROBLEMA	30
4. MARCO DE REFERENCIA	31
4.1 MARCO TEORICO	31
4.1.1 Principios básicos del mercadeo	31
4.1.2 Modelo planteado para el plan de mercadeo Estratégico.	32
4.2 LA GERENCIA ESTRATÉGICA?	33

	Pág.	
4.3	MODELO DE MICHAEL PORTER	36
4.4	MARCO DE DESARROLLO	40
4.4.1	Marco Histórico del Servicio de Salud de la Universidad Surcolombiana.	41
4.5	MARCO LEGAL	42
4.5.1	Desarrollo legal	42
4.5.2	Nueva reglamentación de la salud en el país.	44
4.6	MARCO LEGAL DE LAS IPS.	44
4.6.1	Regulación de una IPS.	45
4.6.2	Cómo funciona una IPS	47
4.6.3	Enunciado de las normas que regulan una IPS.	49
4.7	ANALISIS SITUACIONAL	51
5.	ANALISIS ESTRATEGICO	54
5.1	PLANEACION ESTRATEGICA	55
5.2	METODOLOGIA EMPLEADA	55
5.3	DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO	56
5.4	FUENTES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS	57
5.5	VARIABLES	58
5.6	RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA	59

	Pág.
5.7 ANALISIS INTERNO	70
5.8 ANALISIS ACTUAL DE LA OFERTA EMPRESARIAL DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA	71
5.9 MATRIZ DE EVALUACION INTERNA	72
5.10 ANALISIS EXTERNO	73
5.10.1 Entorno demográfico	73
5.10.2 Características de la población	73
5.11 EDUCACION	76
5.12 SALUD	77
5.13 CULTURA	80
5.14 DEPORTE Y RECREACION	81
5.15 VIVIENDA	83
5.16 SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS	83
5.17 ENTORNO JURIDICO	84
5.18 ENTORNO POLITICO	86
5.19 MATRIZ DE PERFIL COMPETITIVO	87

	Pág.	
5.20	ANALISIS ESTRUCTURAL DEL SECTOR SALUD	90
5.20.1	Las IPS en la región huilense	90
5.20.2	Informe financiero de las IPS, sector publico	93
5.20.3	Actividad financiera, económica y social de las IPS del sector oficial.	93
5.20.4	Definición de competidores potenciales	95
5.20.5	Diferenciación del producto	95
5.20.6	Libre escogencia	96
5.20.7	Sustitutos	97
5.20.8	Fijación de precios de los servicios	97
5.20.9	Propensión de los usuarios a sustituir	97
5.20.10	Canales de distribución	97
5.20.11	Regimenes especiales	99
5.20.12	Problemas y oportunidades	99

	Pág.
5.20.13 Publicidad y promoción	101
5.20.14 Planteamiento de variables externas del proyecto	102
5.20.15 Mayor grado de desempeño en Neiva	102
5.20.16 Disminución del presupuesto local y regional	103
5.20.17 La salud en la región	103
5.20.18 Información general IPS públicas	104
5.20.19 IPS privadas del departamento	105
5.20.20 Integración de IPS y EPS	106
5.20.21 Planteamiento de variables internas del proyecto	106
6. ANALISIS ESTRATEGICA DE LA IPS DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA.	107
6.1 RESUMEN DEL PLAN DE MERCADEO	107
6.2 PLAN DE MERCADEO DE LA IPS DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA.	108
6.2.1 Historia de los servicios que se van a prestar por la IPS	108

	Pág.
6.2.2 Definición de los clientes	109
7 PLAN ESTRATEGICO DE MERCADEO DE LA IPS DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA	110
8 CONCLUSIONES	129
9. RECOMENDACIONES	130
BIBLIOGRAFIA	131
ANEXOS	133

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Matriz de evaluación interna	72
Cuadro 2. Matriz de evaluación del factor externo	86
Cuadro 3. Matriz del perfil competitivo	89
Cuadro 4. EPS y A.R.P del Departamento del Huila año 2006	92
Cuadro 5. Ingresos operacionales de la I.P.S publicas	94
Cuadro 6. Producción de servicios públicos hospitalario	105
Cuadro 7. Distribución de las IPS del Departamento del Huila	105
Cuadro 8. Proyección de participación de la IPS de la Universidad Surcolombiana 2006.	109
Cuadro 9-26. Plan estratégico de mercadeo de la IPS de la universidad surcolombiana	110
Cuadro 27. I.P.S. Universidad Surcolombiana Presupuesto plan de mercadeo anexo	
Cuadro 28. I.P.S. Universidad Surcolombiana Presupuesto de personal	

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Las cinco fuerzas que guiaran la competencia industrial	37
Figura 2. Organización vertical de la antigua SNS	42
Figura 3. Nivel de ingresos de los estudiantes	60
Figura 4. E.P.S A a la cual se encuentra afiliada la persona	62
Figura 5. ¿A que A.R.P. pertenece usted?	62
Figura 6. ¿ A que I.P.S pertenece?	63
Figura 7. Conocimiento sobre los servicios médicos de la Universidad Surcolombiana	64
Figura 8. Características sobre los servicios de la I.P.S (según los estudiantes)	65
Figura 9. Características de la I.P.S según los docentes	65
Figura 10. Características de la I.P.S según personal administrativo	66
Figura 11. Grado de satisfacción según los encuestados (alto grado)	66
Figura 12. Grado de satisfacción según los encuestados (mediano grado)	67
Figura 13. Opinión sobre las instalaciones de atención en salud (son inadecuadas).	67

	Pág
Figura 14. Servicios de salud utilizado	68
Figura 15. Servicios de salud que esperan los estudiantes y docentes odontología, laboratorio clínico, medicina general	69
Figura 16. Servicios de salud primer nivel utilizados	69
Figura 17. Usuarios atendidos por las diferentes entidades	96

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. MATRIZ DOFA	134
Anexo B. I.P.S UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA PLAN DE MERCADEO	135
Anexo C. I.P.S UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA PRESUPUESTO DE PERSONAL	136
Anexo D. GOBERNACION DEL HUILA. SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL. Resolución No.700 del 15 de julio del 2004	137
Anexo E. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Acuerdo No.0303 del 14 de octubre del 2005.	139
Anexo F. ENCUESTA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.	142

RESUMEN

Plan estratégico de mercadeo para los servicios de primer nivel de la Universidad Surcolombiana se fundamenta en que por medio de la información; proyectamos una serie de acciones en el sector salud dando origen a un cambio y a una transformación la cual nos llevara a un nivel igual o superior que la competencia y poder llevar a cabo los objetivos propuestos.

En este orden de ideas realizamos un estudio interno que consta de un diagnostico detallado de toda la Universidad Surcolombiana, se realizo una encuesta con preguntas claves, el cual nos permitió visualizar unas variables llamadas fortalezas y debilidades para identificar con que se cuenta.

Estudio externo: Analizamos el entorno socioeconómico, tecnológico, ambiental y político estableciendo unas variables oportunidades y amenazas las cuales algunas de estas en algún momento dado podrían afectar nuestra IPS.

Estudio de la competencia: Analizamos varias empresas que presentan el mismo o más del portafolio de servicios que nosotros iremos a ofrecer para hacer una comparación y tenerlos como punto de referencia. Una vez tuvimos todas las variables las mezclamos y obtuvimos la Matriz Dofa con base en esta creamos las estrategias. Para la ejecución de esta se requiere que se establezcan metas, diseñen políticas, motiven a sus empleados y asignen recursos de tal manera que se conviertan en un punto clave de éxito para nuestra empresa. Una vez quedaron claros los objetivos y estrategias se ejecutaran, ya que es el paso más difícil de direccionar ya que requiere de disciplina personal, sacrificio y concentración, después de un tiempo prudencial, una vez que se hayan puesto en marcha dichas estrategias pasaremos a la etapa final, la cual se llama evaluación estratégica, en esta decidiremos cual es la debilidad y la fortaleza para replantearla si se considera necesario.

Teniendo en cuenta lo anterior podemos decir que la Universidad Surcolombiana tiene un gran margen de éxito con la IPS que ha proyectado organizar, ya que sus variables presenta muchas fortalezas y oportunidades y sus amenazas y debilidades son fáciles de solucionar ya que posee todos los recursos.

Palabras Claves: IPS Universidad Surcolombiana, plan estratégico de mercadeo.

ABSTRACT

Strategic Plan of marketing for the services of first level of the University Surcolombiana is based in that by means of the information; we project a series of stocks in the sector health giving origin to a change and a transformation which took us to a same level or superior that the competition and power to carry out the proposed objectives.

In this order of ideas we carry out an internal study that consists of an I diagnose detailed of the whole University Surcolombiana, one carries out a survey with questions keys, which allowed us to visualize some variables called strengths and weaknesses to identify with which it is counted.

I study external: we Analyze the socioeconomic, technological, environmental environment and politician establishing some variable opportunities and threats those which some of these in some given moment our I.P.S could affect.

I study of the competition: we Analyze several companies that present the same one or more than the briefcase of services that you/they will offer, to make a comparison and to have them as benchmark. Once we had all the variables we mix them and we obtained the Main Dofa with base in this we believe the strategies. For the execution of this it is required that goals settle down, design political, motivate their employees and assign resources in such a way that become a key point of success for our company. Once they were clear the objectives and strategies were executed, since it is the step more difficult of addressing since it requires of personal discipline, sacrifice and concentration, after a prudential time, once they have started we will pass to the final stage, which calls you strategic evaluation, in this we will decide which it is the weakness and the strength to restate it if it is considered necessary.

Keeping in mind the above-mentioned can say that the University Surcolombiana has a great margin of success since with the IPS that has planned to organize, its variables it presents many strengths and opportunities and its threats and weaknesses are easy to solve since it possesses all the resources.

Passwords: I.P.S. University Surcolombiana, strategic plan of marketing.

INTRODUCCIÓN

La Reforma a la Seguridad Social o Ley 100 de 1993 marcó el inicio de una nueva etapa de desarrollo en la cobertura de la Seguridad Social en Salud en Colombia, donde de vía libre a la creación de nuevas entidades de promoción y prestación de los servicios de salud para los colombianos estableciendo una nueva reglamentación en la prestación de servicios de salud.

Con la Ley 100 se busca dar una protección integral a los beneficiarios del Sistema General de la Seguridad Social en Salud, donde la persona es libre de escoger la Entidad Promotora de Salud que más le convenga. Además, con esta legislación se crean las Instituciones Prestadoras de Salud, cuya función es la prestación directa de los servicios en salud.

La Universidad Surcolombiana, teniendo el propósito de promover el desarrollo de la región ha asumido que la salud es el eje central en el mejoramiento del nivel de vida, ha propuesto la creación de una Institución Prestadora de Servicios en Salud la cual pretende servir a la comunidad del Departamento del Huila ofreciendo la prestación de servicios en salud.

La creación de una IPS por parte de la Universidad Surcolombiana conlleva la realización de una investigación de mercados, que permita orientar acciones efectivas hacia la consolidación de sus servicios de salud, buscando siempre un mejoramiento continuo en la prestación de sus servicios que sirven como base para la realización del Plan Estratégico de Mercadeo.

La propuesta se fundamenta en el desarrollo de la Planeación Estratégica como un proceso a mediano y largo plazo, en el cual se pretende proyectar unas acciones de mercadeo en el sector de la salud, por las oportunidades potenciales identificadas en el marco de la Ley 100 de 1993, dentro del marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que identifican el desarrollo de la salud como un servicio de interés general.

1. JUSTIFICACIÓN

La salud es un aspecto vital para la vida de las personas, se tiene entre los referentes más importantes que debe observar el hombre en su vida diaria. Los gobiernos no en vano plantean en sus programas de gestión: programas y proyectos que de una u otra manera salvaguardan y mantienen el aspecto salud referido a sus comunidades.

La reforma a la Seguridad Social en Colombia abrió las puertas hacia el mejoramiento de la salud de los colombianos con sus programas de promoción y prevención, ofreciendo diversidad y competitividad en la prestación de los servicios de salud.

Garantizar la prestación de los servicios básicos de salud pública y asistencia clínica, al tiempo que el resto del sistema de salud pasa a autofinanciarse, constituye el fundamento de la reforma a la Seguridad Social; además, es una oportunidad hacia el desarrollo de la creatividad y del espíritu empresarial en los sectores público y privado.

En el Departamento del Huila existen 819.381 pobres clasificados en los niveles 1 y 2 del SISBEN y listados censales elaborados por la Secretaria de Salud del Departamento para el años 2006, de los cuales solo el 47% se encuentran afiliados al régimen subsidiado, quedando un total de 433.195 personas pobres sin ningún tipo de afiliación al Sistema General de seguridad Social en Salud.

El Ministerio de la Protección Social ha solicitado al Departamento que presente una propuesta de Ampliación de Cobertura Universal en Régimen Subsidiado y para lograr ese cometido, se requiere del compromiso de recursos propios de las entidades territoriales para acceder a la cofinanciación del nivel nacional a través de los recursos del FOSYGA.

En tal sentido, el Departamento del Huila en coordinación con las Administraciones Municipales han presentado al Ministerio de la Protección Social un proyecto de Ampliación de Cobertura Universal que pretende de manera cofinanciada entre Nación, Departamento y Municipios, que el 100% de las personas pobres clasificadas en los niveles 1 y 2 del SISBEN y listados censales queden afiliados al Régimen Subsidiado para el año 2006.

Se pretende ampliar la cobertura de afiliación al Régimen Subsidiado en 349.403 nuevos afiliados en el Departamento del Huila, lo cual tiene un costo total, para el primer periodo de contratación que va del 01/10/2006 a

31/03/2007, de \$36.688.013.806, de los cuales aportará la Nación a través del FOSYGA: \$21.987.991.061, el Departamento \$7.350.011.373 los Municipios \$7.350.011.373.

1.1 COBERTURA UNIVERSAL

La cobertura universal consiste en que todas las personas pobres y vulnerables serán cubiertas con el sistema de seguridad social en Salud. En la actualidad todas las personas que tenían hojitas fueron carnetizadas, pero las personas que no tenían la hojita ni e carné han quedado por fuera del sistema.

Estas personas son atendidas por Urgencias en el Hospital donde les efectúan una pre-encuesta, la cual es enviada al Centro de encuestas del SISBEN donde ellos le realizan la encuesta final para su posterior carnetización.

Según la Secretaria de Salud del Departamento del Huila el número de personas cobijadas para el año 2006 será de 355.000 cupos en la cobertura universal. Más específicamente podemos anotar que para la ciudad de Neiva la ampliación de cobertura universal a diciembre del 2006 será: Subsidios plenos 61.509,
Subsidios parciales 0 , TOTAL 61.509.

La cobertura del SISBEN para Neiva en el año 2006 alcanza el 89.08 %. La población del SISBEN a Diciembre 31 del 2006, según la misma Secretaria de Salud Departamental es de : NIVEL 1 Y 2 171.992, NIVEL 3 50.861 .

La población actual del Municipio de Neiva es de 346.977 habitantes de los cuales el 23,82% (82.650 pertenecientes a los estratos 1 y 2) se encuentran registrados en el Sistema de Información de Selección de Beneficiarios de la Inversión Social - SISBEN, el 69.8% (57.690) son beneficiarios del régimen subsidiado de seguridad social, 24.960 personas se encuentran en calidad de vinculados, además de la población que pertenece al nivel con N.B.I 3. A partir del 1 de abril del 2006, el departamento y los municipios están cofinanciados el 62.5% del total del valor del aseguramiento para los nuevos subsidios plenos y el FOSYGA el 37.5% restante. Para los subsidios parciales la cofinanciación será de 50% para FOSYGA y 50% para las entidades territoriales.

Analicemos algunas cifras presentadas dentro de la atención a la población de Neiva. De las 192.347 consultas externas realizadas durante el año 2004 las caries dentarias figuran como la primera causa de morbilidad de la población con el 7,73% (14.863 casos), de los cuales el 68,33% se

presenta en la población de 15 a 44 años, le siguen el resfriado común con el 4.18% (8.040 casos), la parasitosis intestinal con el 2.44% (4.694 casos), la amigdalitis con el 1,93% (3.708 casos), la faringitis aguda con el 1,67% (3.218 casos), gingivitis aguda con el 1,44% (2.764 casos), infección intestinal mal diagnosticada con el 1,41% (2.714 casos), gastritis aguda con el 1.38% (2.664 casos), vaginitis y bulbo vaginitis con el 1.06% (2.041 casos) e hipertensión esencial especificada como maligna con el 0.98% (1.902 casos).

En lo que se refiere a las enfermedades de transmisión sexual – VIH – SIDA, la tasa de morbilidad presentada para el año 2004 fue del 2.21 por mil habitantes, esta enfermedad se ubica en primer lugar en el Huila con un total de 353 casos confirmados en el periodo 2000- 2004, afectando la población económicamente activa de los 20 a los 40 años de edad en 40% y en menor proporción se encuentran los grupos de 0 a 20 años y de 51 a 70 años, sin embargo es significativo el crecimiento de casos de esta última franja de población .

Lo que atañe a la violencia familiar y Salud mental, se puede deducir que el Municipio no es ajeno a las manifestaciones que tiene éste fenómeno en el país y en el mundo, ya que la crisis de la familia la convierte en un escenario propicio para que se produzca la violencia social.

Según información de la Secretaria de Salud Departamental, se registraron 1684 casos de violencia y maltrato infantil en Neiva, teniendo en cuenta que el tipo de maltrato predominante sigue siendo el psicológico Intencional con 780 casos (77%), seguido del físico 760 casos (61%), negligencia y descuido con 133 casos (44%) y el abuso sexual con 16 casos (23%), explotación económica con 52 casos (75%), peligro moral con 1840 casos (75%). En lo relacionado al sexo, se define que el sexo femenino sigue siendo el más afectado con 873 casos (59%) y el masculino con 504 casos (58%).

Por grupos etáreos lo más afectados están entre los 20 y 29 años con 224 casos, 30 a 39 años con 221 casos, 40 a 59 años con 166 casos, de 10 a 19 años con 140 casos, de 5 a 9 años con 115 casos de 1 a 4 años con 85 casos y finalmente más de 60 años con 61 casos.

Es importante anotar que no obstante las campañas de promoción y prevención adelantadas por el Municipio en relación con las enfermedades dentarias, el resfriado común y la parasitosis, siguen siendo las principales causas de morbilidad en el municipio, especialmente las caries dentales que en las consultas por primera vez ocupan el primer lugar con una participación del 9.2% (5.450 casos) y el resfriado común con el 4.79% (2.838 casos) sobre un total de 59.239 casos. Un comportamiento muy similar se observa en el sector rural en donde las primeras causas de morbilidad son las caries

dentales y el resfriado común con excepción en la zona del norte en donde las primeras causas de morbilidad son la parasitosis intestinal, vaginitis y bulbo vaginitis y la escabiosis.

1.2 CAPACIDAD INSTALADA DE SERVICIO DE SALUD EN NEIVA

Hay que analizar en primer término la capacidad instalada en la E.S.E “CARMEN EMILIA OSPINA” que nos da una cifra bastante cercana y fiable de lo que se encuentra instalado en el municipio de Neiva y se usa del servicio respectivo, encontramos la siguiente información:

- Existen 9 centros de salud que atienden tanto la parte urbana como rural.
- Los 9 centros cuentan con 56 profesionales de la medicina
- Existen 25 consultorios en toda la E.S.E.
- La E.S.E. cuenta con 20 profesionales de la odontología, los mismos cuentan con 14 consultorios.
- Las higienistas orales ascienden a 9 personas que cubren toda la ciudad de Neiva.
- Cuenta con 44 profesionales que se encargan del área de urgencias
- Cuentan con tan solo 9 camas en casos de hospitalización
- Tienen solamente una sala de partos
- Cuentan con dos unidades de laboratorio clínico, una de radiología, una de ecografía y dos ambulancias.

Vemos que la estructura se queda corta con referencia a la comunidad para atender. Según cifras de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina, cuenta con una población vinculada atendida por la I.P.S. de 106.388 personas en toda la ciudad, lo cuál a todas luces hara que se vea que no tiene la suficiente cobertura para atender a toda la población y por lo tanto es fácil deducir que se requiere que otras entidades asuman esta labor, sea del orden público o privado.

1.3 EL POR QUÉ DE LA I.P.S. DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

La reglamentación existente en Colombia faculta a entidades tanto del orden nacional, como departamental y municipal la posibilidad de establecer instituciones de prestación de salud, lo cuál busca aumentar que el cubrimiento de este servicio sea para mejorar la calidad de vida de las personas.

Las directivas de la Universidad Surcolombiana con la intención de ampliar la cobertura de los servicios que presta, ha planteado la posibilidad de llegar a la población de Neiva, mediante la puesta en

marcha de una institución prestadora de salud (I.P.S.), propuesta dirigida en principio a la población universitaria y por ende a la de Neiva. Por ello es vital para el proyecto que se establezca un estudio de mercado que permita a la entidad conocer cuales son los nichos del mercado a los cuales puede llegar y de que manera, como se afirma con anterioridad, las normas legales facultan a la institución como ente universitario autónomo a establecer una I.P.S. de primer nivel, la Secretaria de Salud Departamental ya autorizo llevar a cabo este proyecto. Ahora hace falta determinar o establecer con claridad de que forma-

Se debe clarificar que hoy en día todas las entidades o empresas están en la obligación de dar un viraje a la gerencia con sentido total, que abarque todos los mecanismos y factores que se puedan dar, la implementación de una institución de esta clase no es la excepción y por lo tanto se debe realizar el correspondiente estudio de mercado porque con la Universidad Surcolombiana sabrá con seguridad como implementar el proyecto.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un plan de mercadeo a la I.P.S. de la Universidad Surcolombiana en la ciudad de Neiva, que le permita una mayor competitividad en el ámbito regional para proyectarse a nivel nacional logrando su consolidación en los próximos cinco (5) años.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar el portafolio de servicios en salud de primer nivel que prestará la I.P.S. de la Universidad Surcolombiana.

Analizar las nuevas tendencias en mercadeo de servicios de salud de primer nivel que dispondrá la I.P.S. de la Universidad Surcolombiana.

Determinar las características de los servicios hospitalarios no prestados en la región con el objeto de identificar la mezcla de mercadeo establecida para la prestación de los servicios antes mencionada.

Establecer los medios publicitarios que serán los más adecuados que lleven a promocionar los nuevos servicios que preste la I.P.S.

Establecer la cobertura que tendrá la I.P.S. tanto en el ámbito geográfico como de servicios que preste dentro de la ciudad de Neiva.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 SITUACIÓN ACTUAL

Hoy por hoy el Estado colombiano ha querido fijar dentro de su propia normatividad la capacidad de relegar al sector privado para que lleve a término labores que son de su total dominio. Por eso en vista que el estado ha dado un viraje de ciento ochenta grados y ha dejado de ser un estado que todo lo hacía y era gran impulsor de todas sus labores, para transitar a un Estado que le ha entregado a otras entidades ya sean privadas o del mismo Estado pero descentralizadas.

La nueva doctrina política implantada por el Estado Colombiano en el caso que nos ocupa es el de generar que otras entidades ya sea oficiales como la Universidad Surcolombiana o privadas como Saludcoop logren generar nuevos servicios.

3.2 PRONÓSTICO

Las circunstancias observadas permiten establecer el por qué la Universidad Surcolombiana no puede dejar pasar una oportunidad básica y única porque le permite brindar servicios del primer nivel de atención, según la normatividad existente.

Conociendo que la entidad cuenta con la infraestructura física suficiente, con el personal capacitado, se deben establecer variables del mercado que la lleven a surgir y posicionarse en el primer nivel de atención en salud para lo cual se diseño y aplico una encuesta con el objeto de conocer la situación actual de la Universidad Surcolombiana,

3,3 RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Para realizar el diagnostico se identificaron variables que facilitaron la formulación del Plan de Gestión en mercadeo factores internos y externos ambientales que inciden directamente en el desempeño propio de la Institución Prestadora de Servicios. Además se identificarían algunos aspectos relacionados con la prestación de los servicios de salud de la Universidad Surcolombiana, para determinar las características de mercadeo relacionadas con la prestación del servicio planeado, la promoción y los canales de distribución que utiliza la comunidad para acceder a los servicios de salud y de esta manera proyectar la creación de la I.P.S. de la USCO. Los resultados fueron:

- Características del género: Del total de la muestra objeto del estudio se obtuvo que el 41 % de los encuestados hacen parte del género masculino, demostrando que la mayoría de la población de la Universidad Surcolombiana asciende al 59 % en el rango de los estudiantes. Entre tanto el 50% de los docentes y personal administrativo es del género femenino. Dentro del personal directivo el 80% es del género masculino.
- Grupos de edad: Del total de encuestados el 60% se encuentra entre los 21 y 30 años y una parte el 40% entre los 46 y los 65 años de edad. La población estudiantil, el 64.77% oscila entre los 16 y los 25 años de edad, el 17.05% entre los 31 y 45 años, el 15.91% entre los 15 y 20 años y el 2.27% restante entre 46 y 60 años, demostrando que la población objeto del estudio se encuentra en pleno proceso productivo. El 66.66% de los docentes se halla entre los 31 y los 55 años de edad y el restante 33.34% se encuentra entre los 46 y los 60 años de edad. Respecto al personal administrativo, se puede inferir que el 83.34% es gente joven que se ubica entre los 21 y los 50 años de edad, seguido en una mínima parte del 17.0% que se ubica entre los 18 y los 20 años de edad. Los directivos de la Universidad oscilan entre los 46 y los 65 años de edad pues allí se encuentran el 60% y el restante porcentaje se ubica entre los 31 y los 45 años.
- Nivel de ingresos: El 37.61% obtienen ingresos mensuales entre 1 y 4 salarios mínimos y tan solo el 5.98% percibe más de cinco salarios mínimos. Entre los estudiantes el 36.36% son empleados que devengan sólo el salario mínimo legal vigente, el 31.82% devenga entre uno y tres salarios mínimos, el 14.77% devenga entre tres y cinco salarios y tan solo el 6.82% reciben recursos que equivalen a más de cinco salarios mínimos, mientras que el 10.23% no trabaja. Por lo anterior se infiere que los estudiantes no tienen recursos económicos suficientes para poder sufragar sus gastos en salud.
- El 58.33 % del ingreso de los docentes oscila entre tres y cinco salarios mínimos, seguidos de los que devengan entre uno y tres salarios que representan el 33%, el 8.3 % devenga más de cinco salarios. El personal directivo en un 60 % devenga más de cinco salarios y el restante devenga entre tres y cinco salarios.
- Afiliación a la seguridad social: El 76.92% se encuentra afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud. El 69.3% de los estudiantes y el 100% de los docentes, personal administrativo y directivo se encuentran afiliados en salud y pensión. Solo el 30.6% de los estudiantes no se

encuentran afiliados a ningún sistema de salud por que no laboran o figuran como beneficiarios del servicio.

- Cultura sobre los servicios de salud: El 46.1% tienen conocimiento sobre los servicios que existen en el Sistema de Seguridad en Salud o Ley 100 de 1993. El 56.8% de los estudiantes carecen de dicho conocimiento por la poca difusión del tema; solo un 3.4% no responde posiblemente por que no sabe de la existencia de dichos servicios. El 83.3% de los docentes tiene conocimiento de la finalidad de dichos servicios y solo el 16.6% desconoce el tema; el 50% del personal administrativo sabe de la existencia de dicho servicio. El 60% de los directivos si conoce el tema.
- Conocimiento de los servicios de primer nivel: El 65.8% del total de los encuestados no identifica cuales son los servicios de Primer Nivel, siendo esta cifra muy significativa por que las personas o usuarios no tienen claridad al respecto. El 70.4% de los estudiantes, el 41.6% de los docentes, el 66.6% del personal administrativo y el 40% de los directivos, desconocen realmente cuáles son los servicios de Primer Nivel. El 21.5%, de los estudiantes, el 50% de los docentes, el 33% de los administrativos y el 60% de los directivos respectivamente tienen poca información de los servicios de Primer Nivel.
- Régimen de afiliación: Se concluyo que el 56.4% esta afiliada bajo el régimen contributivo, del cual el 42% de los estudiantes está bajo este régimen, así como el 100% de los docentes, el 100% de los administrativos y el 100% de los directivos. El 24.7% de los estudiantes no está afiliado a ningún régimen, debido a la falta de recursos económicos, el 16.2% se encuentra bajo el régimen subsidiado y el 2.5% restante no responde.
- Entidad promotora de salud: De las personas encuestadas el 25.6% se encuentra afiliada al I.S.S, los afiliados a COOMEVA ascienden al 13% y el 27% se encuentran afiliados a SALUDCOOP. El 9% de los encuestados están afiliados a Humana Vivir, lo mismo que CAFESALUD, el 6.8% a Salud Colombia y CAJANAL tiene el 18%.
- Administradora de riesgos profesionales: De acuerdo con el consolidado, las cifras encontradas fueron: La Equidad que es una institución del sector solidario tiene el 13% de afiliación a nivel universitario, Colmena A.R.P. tiene el 20%, SURATEP el 27%, COLPATRIA el 7% y el I.S.S. cuenta con el 32%.

- Institución prestadora de salud: El 8% de los encuestados dice que ninguna I.P.S. atiende sus servicios de salud; el 5% afirma que se encuentran afiliados al SISBEN, el 24% afirma que la I.P.S. que los atiende es SALUDCOOP, el 10% de los encuestados afirma que es la I.P.S. del I.S.S. El 22% que lo hace el Hospital General de Neiva, el 15% lo hace en la Clínica de Emcosalud, el 9% lo hace en la I.P.S. de Comfamiliar y el resto lo hace en los diferentes centros de atención de Neiva sobre todo de primer nivel.
- Conocimiento sobre los servicios de salud de la usco: El 57% de los estudiantes, el 75% de los docentes y el 67% del personal administrativo afirman conocer los servicios asistenciales que presta la Universidad Surcolombiana, siendo estos de: medicina general, odontología, psicología y primeros auxilios, quedando demostrado con ello que gran parte de la población del alma mater tiene acceso a dichos servicios. Es de resaltar que el 43% de los estudiantes, el 25 % de los docentes y el 33 % del personal administrativo encuestados no conocen dichos servicios debido a la poca información y divulgación por parte de la Universidad .
- Características que deben tener los servicios de salud que prestaría la I.P.S. de la usco: El 36% de los estudiantes sostienen que los servicios de la I.P.S. de la Universidad Surcolombiana deberían ser oportunos, el 38% afirmó que integrales, el 19% los califico de cómodos, el 6% que tenían que ser acogedores y el 2% le gustaría que fueran constantes, subsidiados y que tuvieran acceso a las clínicas. Los docentes prefieren en un 29% integrales, seguidos en un 20% como acogedores y el 50% restantes afirmó que cómodos y oportunos. Igualmente el personal administrativo le gustaría que fueran oportunos con el 42%, integrales en un 33% y cómodos y acogedores en un 25%. Como conclusión podemos decir que la población de la Universidad Surcolombiana desea unos servicios médicos como oportunos e integrales.
- Grado de satisfacción en los servicios de salud prestados por la usco: El 5% de los estudiantes, el 17% de los profesores y el 25% del personal administrativo califican el servicio de salud de la Universidad con alto grado de satisfacción. El 24% de los estudiantes y el 33 de docentes y administrativos, califican el servicio como medio, por demorado y porque la universidad asume solo el 50% del costo. Por otra parte el 34%, el 17% y el 33% de los encuestados consideran regular el grado de pertenencia con la universidad por su falta de cubrimiento y poca diversidad en el servicio que ofrece.

- Instalaciones físicas: El 48% de los estudiantes, el 67% de los docentes y el 75% del personal administrativo, consideran que las instalaciones físicas para la prestación de servicios en salud de la universidad no son adecuadas debido a la ineficiencia de sus espacios locativos.
- Servicios de salud utilizados: EL 52% de los estudiantes manifiestan haber utilizado los servicios de medicina general y odontología, el 25% y el 50% del personal administrativo.
- Servicios de salud deseados por la comunidad universitaria: El 42% de los estudiantes y el 17% de los docentes encuestados desearían en primera instancia que les fuera ofrecido los servicios de odontología, seguido por los de medicina general y laboratorio clínico. El 50% del personal administrativo prefiere la oferta de todos los servicios y el 17% los de medicina general y especialistas.
- Servicios de salud de primer nivel utilizados: El 52% de los estudiantes y el 25% de los profesores utilizan los servicios de salud de primer nivel de la Universidad; así mismo el 50% del personal administrativo. El 48% de los estudiantes, el 75% de los docentes y el 50% del personal administrativo manifiestan nunca haber utilizado los servicios médicos de la Universidad.
- Alternativas para el mejoramiento de los servicios de salud: Los estudiantes, docentes y personal administrativo consideran que los servicios de salud de la Universidad se pueden mejorar haciendo un mayor énfasis en la promoción y difusión del servicio; el 38% manifiesta que extendiendo el horario, el 33% opina que ofreciendo una mayor cobertura con adecuadas instalaciones y equipos.
- Reclamos por el servicio: El 46% de comunidad universitaria no se ha quejado nunca del servicio. El 33% de quienes han hecho algún reclamo, dicen que no se dio solución, solo al 21% se les ha resuelto la inquietud planteada.
- Opinión sobre el cambio de I.P.S.: El 23% desea cambiar de I.P.S.; el 56% se encuentra conforme con la I.P.S. que tiene en el momento y el 21% no respondió.
- Programas de promoción y prevención: El 36% de la comunidad universitaria prefiere el programa de riesgo cardiovascular, le sigue el de promoción y prevención oral con 24%, educación sexual el 28% y control o manejo del stress 12%.

3.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Que variables del mercado se deben observar y estudiar para crear una IPS en la Universidad Surcolombiana, si se posiciona como entidad líder en la prestación de los servicios de primer nivel para la ciudad de Neiva y el departamento del Huila?

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 MARCO TEORICO

El punto básico para el desarrollo de cualquier empresa debe ser la innovación, el cambio, la transformación a unos paradigmas en donde se origine un ambiente propicio para el desarrollo de actividades de mercadeo, proyectándose y anticipándose a los competidores.

El desarrollo del proceso metodológico de planeación estratégica es de fácil aplicación en la actividad empresarial, debido a que se dispone de un aspecto muy importante como es el manejo de la información, básico para cualquier empresa que quiera mantenerse viva en el mercado. De ahí la importancia de que la administración de esta se mantenga informada de todo lo que ocurre en el sector en que desarrolla su actividad.

Todo proceso de planeación estratégica de mercadeo, conlleva a la recopilación y análisis de información y formulación de acciones que proyecten futuros escenarios competitivos y desarrollo de fortalezas que identifiquen el lanzamiento de productos o servicios, es el medio de comunicación más adecuado para difundir la información de servicios que se prestan a la comunidad, sirve para la empresa reduzca la incertidumbre existente en el entorno.

El proceso de Gerencia Estratégica de Mercadeo en la I.P.S. de la Universidad Surcolombiana se centra en la elaboración de un plan prospectivo que la misma Universidad Surcolombiana realice como base para la creación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, en la actualidad a pesar que la Universidad tiene permiso de la Secretaria de Salud para establecer la I.P.S. la misma no se encuentra todavía funcionando, entonces esta investigación busca ante todo información que tenga en cuenta la institución mencionada antes de empezar a funcionar plenamente.

4.1.1 Principios básicos del Mercadeo Estratégico. La Planeación Estratégica es un marco de referencia metodológico aplicado a acciones competitivas futuras, consideradas por las situaciones del entorno y del ámbito que se deben conocer y su posterior incidencia para una toma de decisiones adecuada, fijando de esta forma objetivos alcanzables, así como la planeación del desarrollo y el crecimiento de la empresa en el mercado en el cual se desempeña. La definición de estrategia en el ámbito del mercadeo: “Esta provista de conceptos intrínsecos de las cuatro P que se

manejan en el mercadeo: Promoción, Producto, Precio y Plaza o canales de distribución”¹

Debido a que muchos administradores de instituciones prestadoras de salud no las identifican, mucho menos las conocen. Es tal el desconocimiento que muchos administradores no saben aplicar una planeación estratégica de mercadeo, bien sea por la metodología, conceptos, desconocimiento del entorno y la forma de proyectar los escenarios futuros para el desarrollo del mercadeo en la empresa.

El concepto de la competitividad es un arma de doble filo para la supervivencia de la empresa, debido al carácter de efectividad en los resultados, ya que la competencia estará en las mismas condiciones. Luego hay que pensar en la innovación como aplicación efectiva de estrategias de mercadeo, para reducir la incertidumbre existente en los distintos escenarios de aplicación.

La Planeación Estratégica es más un arte que una ciencia, debido a la diversidad de las variables que conllevan los diferentes tipos de estrategias en su concepción, formulación y aplicación. Se debe conocer el entorno, el ambiente en el cual se desempeña la empresa, con el fin de identificar unas variables de orientación o direccionamiento estratégico, planeando unas acciones que guíen en forma metódica el camino para cumplir con el objetivo planeado y lograr los resultados esperados.

La Gerencia Estratégica de Mercadeo se ha caracterizado por la diversidad de enfoques que utilizan algunos autores para que las organizaciones se adapten a su entorno social y competitivo, con miras a lograr resultados de posicionamiento, cobertura y penetración de la empresa y del producto o servicio en un área geográfica determinada.

4.1.2 Modelo planteado para el Plan de Mercadeo Estratégico

.Existen diversos modelo alternativos para elaborar un Plan Estratégico de Mercadeo, pero sus diferencias resultan más de la forma que del contenido, donde sus resultados se traducen en acciones estratégicas de mejoramiento. Todos los modelos de alguna manera involucran en su proceso dos grandes componentes:

- El análisis interno, que comprende un diagnóstico detallado de todas las variables internas de la empresa, relacionadas con la mezcla de mercadeo, porque con ella se establecen las principales características

¹
VILLEGAS ORREGO, Fabio. Estructura Conceptual del Marketing. Cali; Univalle, 1996. p: 13.

que tienen o tendrán las instituciones. Pero también se puede analizar que se conozcan las fortalezas y debilidades que tiene la empresa, esto es importante porque se establece la orientación que tendrá la misma en el futuro inmediato y en el lejano.

- El análisis externo, el cuál comprende un estudio más profundo del entorno económico, social, tecnológico, ecológico y político, que en un momento dado afecta a la empresa. Pero también hay que estudiar la competencia misma, efectuar un análisis del usuario y por ende con este estudio se establecen las oportunidades y amenazas que tiene y observará la misma en el futuro inmediato.

Teniendo como referencia los objetivos que se han planteado para el presente estudio, vamos a aplicar el modelo estratégico de Fred David, sobre el mismo y el modelo de Michael Porter se va a formular el Plan de Mercadeo que orientara las acciones de la IPS de la Universidad Surcolombiana.

4.2 ¿QUÉ ES LA GERENCIA ESTRATÉGICA?

Es un proceso apasionante que permite a una organización ser proactiva en vez de reactiva en la formulación de su futuro.

Es la formulación, ejecución y evaluación de acciones que permiten que una organización logre sus objetivos. La formulación de estrategias incluye la identificación de las debilidades y fortalezas internas de una organización, la determinación de las amenazas y oportunidades externas de una firma, el establecimiento de misiones de la industria, la fijación de los objetivos, el desarrollo de las estrategias alternativas, el análisis de dichas alternativas y la decisión de cuáles escoger. La ejecución de estrategias requiere que se establezca metas, diseñe políticas, motive a sus empleados y asigne recursos de tal manera que las estrategias formuladas puedan ser llevadas a cabo en forma exitosa. La evaluación de estrategias comprueba los resultados de la ejecución y formulación.

4.2.1 Etapas en el proceso de Gerencia estratégica

- **Formulación de estrategias:** Es el proceso conducente a la fijación de la misión de la empresa, llevando a cabo una investigación con el objeto de establecer las debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas externas, realizando análisis que comparen factores internos, y externos y fijando objetivos y estrategias para la industria.

Las estrategias seleccionadas deben aprovechar de forma efectiva las fortalezas de una industria, tratando de vencer sus debilidades, sacando provecho de sus oportunidades externas claras y evitando las amenazas externas. Se requieren, tres actividades importantes; investigación, análisis y toma de decisiones.

La investigación debe ser interna como externa. Se pueden desarrollar encuestas y administralas para examinar factores internos, tales como: el estado de ánimo de los empleados, la eficiencia de la producción, etc.

El análisis requiere en la formulación de una estrategia. Técnicas analíticas como la matriz de posición, estrategia y evaluación de acción, etc.

En la toma de decisiones es la formulación de estrategias, realizar decisiones con respecto a los objetivos por fijar y las estrategias por seguir.

- Ejecución de estrategias: Significa la movilización tanto de empleados como de gerentes, para llevar a cabo las estrategias ya formuladas, consiste en: fijación de metas, de políticas y asignación de recursos. Es el paso más difícil en el proceso de la dirección estratégica, debido al hecho de que requiere disciplina personal, sacrificio y concentración.

Es posible que la ejecución de las estrategias gire alrededor de la capacidad gerencial para motivar a los empleados, y la motivación con frecuencia se considera más un arte que una ciencia.

- Evaluación de estrategias: Se debe analizar los factores tanto internos como externos que representan las bases de sus estrategias actuales. Se presentan interrogantes como los siguientes: ¿Siguen siendo fortalezas internas las que se enunciaron al principio de creación de la empresa?; ¿Siguen siendo debilidades las que configuraron las estrategias al inicio de operaciones?; ¿Son las oportunidades externas todavía unas oportunidades claras para la empresa o entidad?

Una industria debe medir el desempeño de la organización. Los estrategas deben comparar el progreso real con el progreso previamente planificado de la industria, con respecto al logro de las metas y objetivos previamente establecidos. En esta evaluación los factores internos como externos sufren cambios.

Modelo de la gerencia estratégica sugerida:

- Establecer los objetivos, estrategias y la misión actual.
- Realizar investigaciones externas con el objeto de identificar amenazas y oportunidades.
- Realizar investigación interna con el objeto de identificar fortalezas y debilidades de la empresa.
- Fijar la misión de la industria.
- Llevar a cabo análisis de formulación de estrategias con el objeto de generar y evaluar alternativas factibles.
- Fijar objetivos.
- Fijar estrategias.
- Fijar metas.
- Fijar políticas.
- Asignar recursos.
- Analizar bases internas y externas para estrategias actuales.
- Medir los resultados y tomar las medidas correctivas del caso.

La Gerencia estratégica permite que una organización utilice efectivamente sus fortalezas con el objeto de aprovecharse de las oportunidades externas y reducir a un mínimo el impacto de las amenazas externas. Las actividades de formulación, de ejecución y evaluación de estrategia hacen posible que una organización desarrolle estrategias tanto ofensivas como defensivas.

La Gerencia Estratégica trae consigo beneficios tales como:

- Permite que una organización esté en capacidad de influir en su medio, en vez de reaccionar a él, ejerciendo de este modo control sobre su desempeño.
- Los conceptos de gerencia estratégica dan una base objetiva para la asignación de recursos y la reducción de conflictos internos que pudieren surgir cuando es solamente la subjetividad la base para decisiones importantes.
- Permiten a una organización aprovechar oportunidades claves en el medio ambiente, minimizar el impacto de las amenazas externas, utilizar las fortalezas internas y vencer las amenazas internas.
- Las organizaciones que llevan a cabo la gerencia estratégica son más rentables y exitosas que aquellas que no los usan.
- Evitan las disminuciones en ingresos y utilidades y aún las quiebras.

- Evitan la defunción de una empresa, incluye una mayor conciencia de las amenazas ambientales, mayor comprensión de las estrategias de los competidores, mayor productividad del personal, menor resistencia al cambio y una visión más clara de las relaciones desempeño / recompensa.
- La gerencia estratégica incluye una mayor conciencia de las amenazas ambientales, mayor comprensión de las capacidades de una empresa en cuanto a prevención de problemas, debido a que ellas enfatizan la interacción entre los gerentes de la industria a todos los niveles.
- Llevan orden y disciplina a toda la empresa. Es el comienzo de un sistema de gerencia eficiente y efectivo.

4.3 MODELO DE MICHAEL PORTER

Un enfoque muy popular para la planificación de la estrategia corporativa ha sido el propuesto en 1980 por *Michael E. Porter* en su libro ***Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors***².

El punto de vista de *Porter* es que existen cinco fuerzas que determinan las consecuencias de rentabilidad a largo plazo de un mercado o de algún segmento de éste. La idea es que la corporación debe evaluar sus objetivos y recursos frente a éstas cinco fuerzas que rigen la competencia industrial:

- Amenaza de entrada de nuevos competidores: El mercado o el segmento no es atractivo dependiendo de si las barreras de entrada son fáciles o no de franquear por nuevos participantes que puedan llegar con nuevos recursos y capacidades para apoderarse de una porción del mercado.
- La rivalidad entre los competidores: Para una corporación será más difícil competir en un mercado o en uno de sus segmentos donde los competidores estén muy bien posicionados, sean muy numerosos y los costos fijos sean altos, pues constantemente estará enfrentada a guerras de precios, campañas publicitarias agresivas, promociones y entrada de nuevos productos.

² PORTER E. Michael. *Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors*. Editorial McGraw Hill. 1980.

- Poder de negociación de los proveedores : Un mercado o segmento del mercado no será atractivo cuando los proveedores estén muy bien organizados gremialmente, tengan fuertes recursos y puedan imponer sus condiciones de precio y tamaño del pedido. La situación será aún más complicada si los insumos que suministran son claves para nosotros, no tienen sustitutos o son pocos y de alto costo. La situación será aun más crítica si al proveedor le conviene estratégicamente integrarse hacia adelante.
- Poder de negociación de los compradores: Un mercado o segmento no será atractivo cuando los clientes están muy bien organizados, el producto tiene varios o muchos sustitutos, el producto no es muy diferenciado o es de bajo costo para el cliente, lo que permite que pueda hacer sustituciones por igual o a muy bajo costo. A mayor organización de los compradores mayores serán sus exigencias en materia de reducción de precios, de mayor calidad y servicios y por consiguiente la corporación tendrá una disminución en los márgenes de utilidad. La situación se hace más crítica si a las organizaciones de compradores les conviene estratégicamente integrarse hacia atrás.
- Amenaza de ingreso de productos sustitutos: Un mercado o segmento no es atractivo si existen productos sustitutos reales o potenciales. La situación se complica si los sustitutos están más avanzados tecnológicamente o pueden entrar a precios más bajos reduciendo los márgenes de utilidad de la corporación y de la industria.

Fig.1 Las Cinco Fuerzas que guían la Competencia Industrial



Para éste tipo de modelo tradicional, la defensa consistía en construir barreras de entrada alrededor de una fortaleza que tuviera la corporación y que le permitiera, mediante la protección que le daba ésta ventaja competitiva, obtener utilidades que luego podía utilizar en investigación y desarrollo, para financiar una guerra de precios o para invertir en otros negocios (Fig.1).

Porter identificó seis barreras de entrada que podían usarse para crearle a la corporación una ventaja competitiva:

- **Economías de Escala:** Supone al que las posea, debido a que sus altos volúmenes le permiten reducir sus costos, dificultar a un nuevo competidor entrar con precios bajos. Hoy, por ejemplo, la caída de las barreras geográficas y la reducción del ciclo de vida de los productos, nos obliga a evaluar si la búsqueda de economías de escala en mercados locales nos resta flexibilidad y nos hace vulnerables frente a competidores más ágiles que operan globalmente.
- **Diferenciación del Producto:** Asume que si la corporación diferencia y posiciona fuertemente su producto, la compañía entrante debe hacer cuantiosas inversiones para reposicionar a su rival. Hoy la velocidad de copia con la que reaccionan los competidores o sus mejoras al producto existente buscando crear la percepción de una calidad más alta, erosionan ésta barrera.
- **Inversiones de Capital:** Considera que si la corporación tiene fuertes recursos financieros tendrá una mejor posición competitiva frente a competidores más pequeños, le permitirá sobrevivir más tiempo que éstos en una guerra de desgaste, invertir en activos que otras compañías no pueden hacer, tener un alcance global o ampliar el mercado nacional e influir sobre el poder político de los países o regiones donde operan.

Hoy en día en la mayoría de los países del mundo se han promulgado leyes antimonopólicas tratando por lo menos en teoría de evitar que las fuertes concentraciones de capital destruyan a los competidores más pequeños y más débiles. La creación de barreras competitivas mediante una fuerte concentración de recursos financieros es un arma muy poderosa si la corporación es flexible en la estrategia, ágil en sus movimientos tácticos y se ajusta a las leyes antimonopólicas.

No obstante su fuerza financiera, la corporación debe tener en cuenta que los pequeños competidores pueden formar alianzas o recurrir a estrategias de nichos. Aquí *Sun Tzu* nos advierte:

"Si se efectúa un ataque en la proporción de uno contra diez hay que comparar, en primer lugar, la sagacidad y la estrategia de los generales contendientes..."

- **Desventaja en Costos independientemente de la Escala:** Sería el caso cuando compañías establecidas en el mercado tienen ventajas en costos que no pueden ser emuladas por competidores potenciales independientemente de cual sea su tamaño y sus economías de escala. Esas ventajas podían ser las patentes, el control sobre fuentes de materias primas, la localización geográfica, los subsidios del gobierno, su curva de experiencia. Para utilizar ésta barrera la compañía dominante utiliza su ventaja en costos para invertir en campañas promocionales, en el rediseño del producto para evitar el ingreso de sustitutos o en nueva tecnología para evitar que la competencia cree un nicho.
- **Acceso a los Canales de Distribución:** En la medida que los canales de distribución para un producto estén bien atendidos por las firmas establecidas, los nuevos competidores deben convencer a los distribuidores que acepten sus productos mediante reducción de precios y aumento de márgenes de utilidad para el canal, compartir costos de promoción del distribuidor, comprometerse en mayores esfuerzos promocionales en el punto de venta, etc, lo que reducirá las utilidades de la compañía entrante. Cuando no es posible penetrar los canales de distribución existentes, la compañía entrante adquiere a su costo su propia estructura de distribución y aún puede crear nuevos sistemas de distribución y apropiarse de parte del mercado.
- **Política Gubernamental:** Las políticas gubernamentales pueden limitar o hasta impedir la entrada de nuevos competidores expidiendo leyes, normas y requisitos. Los gobiernos fijan, por ejemplo, normas sobre el control del medio ambiente o sobre los requisitos de calidad y seguridad de los productos que exigen grandes inversiones de capital o de sofisticación tecnológica y que además alertan a las compañías existentes sobre la llegada o las intenciones de potenciales contrincantes. Hoy la tendencia es a la desregularización, a la eliminación de subsidios y de barreras arancelarias, a concertar con los influyentes grupos de interés político y económico supranacionales y en general a navegar en un mismo océano económico donde los mercados financieros y los productos están cada vez más entrelazados.

La estrategia es incrementalmente dinámica. Las fuentes de ventajas tradicionales ya no proporcionan seguridad a largo plazo. Las barreras tradicionales de entrada al mercado están siendo abatidas por jugadores

hábiles y rápidos. La fortaleza de una estrategia dada no está determinada por el movimiento inicial, sino por que tan bien nos anticipamos y enfrentamos a las maniobras y a las reacciones de los competidores y a los cambios en las demandas de los clientes a través del tiempo.

El éxito de la estrategia depende de que tan efectivamente ésta pueda manejar los cambios que se presenten en el ambiente competitivo. La globalización y el cambio tecnológico están creando nuevas formas de competencia; la desregularización está cambiando las reglas de la competencia en muchas industrias; los mercados se están volviendo más complejos e impredecibles; los flujos de información en un mundo fuertemente interconectado le está permitiendo a las empresas detectar y reaccionar frente a los competidores mucho más rápidamente.

Esta competencia acelerada nos está diciendo que ya no es posible esperar por la acción del competidor para nosotros decidir como vamos a reaccionar. El nuevo grito de guerra es anticiparse y prepararse para enfrentar cualquier eventualidad. Cada movimiento de la competencia debe enfrentarse con una rápida contramanoobra, ***puesto que cualquier ventaja es meramente temporal.***

4.4 MARCO DE DESARROLLO

Teniendo en cuenta lo anterior vemos que nuestro proyecto se enmarcaría dentro de los siguientes parámetros :

- Conocimiento pleno del medio ambiente que sirva para establecer un Plan de Mercadeo acorde con las necesidades presentadas en el estudio de la misma.
- Establecimiento por lo tanto de una estructura, y definiendo funciones que le permitan a la IPS de la Universidad Surcolombiana desarrollar a cabalidad su función.
- Conocimiento pleno de las variables externas que pueden afectar este tipo de entidad en el medio ambiente de Neiva. Vemos que no es lo mismo una empresa establecida en Bogotá o Nueva York que en Neiva, por lo tanto analizaremos los criterios que una empresa de este tipo ve afectada en su desenvolvimiento a nivel de Neiva.

- Conocimiento pleno de la actividad gubernamental para establecer que normas existentes afectan o inciden en el desarrollo de una IPS.
- Conocimiento de los usuarios de los servicios que se van a beneficiar por esta, este aspecto es clave porque se desarrolla el concepto de nicho para desarrollar su labor posterior.
- Conocimiento fidedigno de los recursos con que cuenta la Universidad Surcolombiana para establecer una IPS y bajo las normas presentes.

4.4.1 Marco Histórico del Servicio de Salud de la Universidad Surcolombiana

El servicio médico de la Universidad Surcolombiana empieza en el año de 1976 cuando el mismo es instaurado en el segundo piso del bloque de lo que hoy son salones de clases. En principio el servicio esta inscrito a primeros auxilios e insectología. Posteriormente se amplia al consultorio medico, la parte que tiene que ver con odontología era atendida en el consultorio del Doctor Alfonso Vargas, en el año 1978.

Luego la Universidad trajo de Alemania los equipos para odontología y Laboratorio Clínico esto fue en el año 1980, entonces se trasladaron todos los servicios al Edificio de Bienestar Universitario en el segundo piso y para el año de 1998 los mismos servicios se situaron en el primer piso del mismo bloque, donde actualmente funcionan.

La Universidad tiene actualmente los siguientes servicios:

- Servicio médico
- Servicio odontológico
- Servicio de farmacia
- Servicio de psicología
- Servicio de enfermería
- Servicio de trabajo social.

La Secretaría de Salud mediante la Resolución N0.700 (Ver Anexo N0. 3) del 15 de julio de 2004, habilito a la Universidad Surcolombiana para que preste los siguientes servicios como Institución Prestadora de Servicios, los servicios certificados son:

De consulta externa en las ramas de:

- Medicina General.
- Odontología.
- Psicología.
- Enfermería

Esta resolución tiene vigencia hasta el 11 de abril de 2006. Luego de agotarse este procedimiento, la Universidad tendrá que volver a hacer la solicitud respectiva para que la Secretaria de Salud Departamental vuelva a expedir la resolución correspondiente.

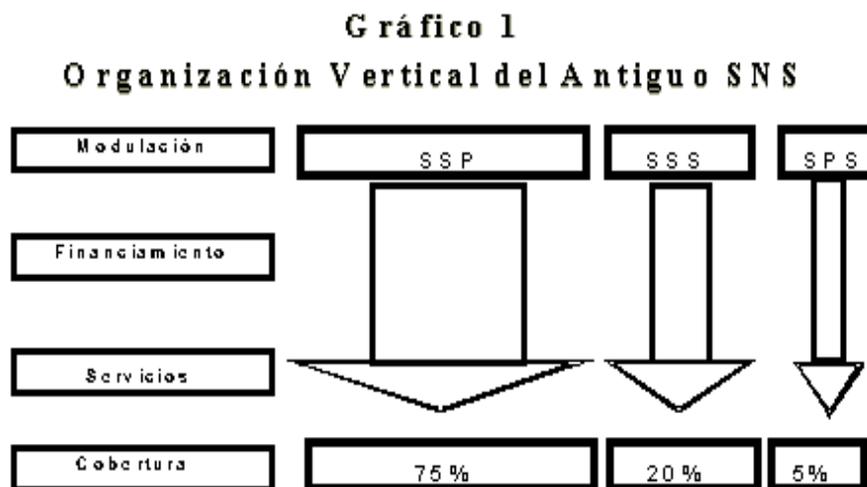
4.5 MARCO LEGAL

En Colombia, el estado ha sido un miembro activo de los órganos de normalización de todas las actividades económicas y en forma especial de los servicios públicos. La Salud como un servicio público ha sido una de las actividades que han tenido mayor reglamentación en los últimos diez años.

Observemos en primer lugar como ha sido el proceso de desarrollo legal desde el punto de vista de las Instituciones Prestadoras de Salud:

4.5.1 Desarrollo legal . El Sistema Nacional de Salud de Colombia (SNS), vigente desde 1975 estaba organizado básicamente en tres subsistemas de servicios de salud, cada uno de los cuales contaba con su propia forma de financiamiento y proporcionaba atención a grupos específicos de la población, con base en su capacidad de pago.

Figura 2. Sistema Nacional de Salud. Fuente: Ministerio de Salud y Seguridad Social de Colombia. 2003.



El primero de los tres subsistemas correspondía al de [salud pública](#) (SSP). Este subsistema, incorporaba tres [funciones](#): [financiamiento](#), servicios, y cobertura. En forma vertical estaba centralizada alrededor del Ministerio de Salud y sus servicios seccionales de salud. Los organismos e instituciones que los conformaban se financiaban vía subsidios a la [oferta](#) procedentes de los [ingresos](#) corrientes de la [nación](#) y de otras [fuentes](#) públicas de destinación específica. Le correspondía cubrir al 75% de la población de más bajos [ingresos](#); era lo que estaba definido en las políticas establecidas por el Ministerio de Salud de la época (Fig. 2).

Los [Seguros](#) Sociales (SSS) administrados por el Instituto de los [Seguros](#) Sociales (ISS) y cerca de mil cajas de previsión, conformaban el segundo subsistema.

Estas instituciones eran controladas por el Ministerio del Trabajo, ya que además de los [riesgos](#) generales de salud también administraban los [riesgos](#) profesionales, de invalidez y de [vejez](#).

El subsistema privado de servicios (SPS) correspondía al tercero de los tres subsistemas; este subsistema era el menos regulado de los tres por parte de los organismos estatales de inspección, vigilancia y [control](#). se financiaba a través de seguros privados y ofrecía los planes de servicios más amplios y de mejor calidad al 5% de la población de más altos ingresos, y le demandaba al país el 10% ciento del gasto en salud.

El Instituto del [Seguro Social](#) (ISS), a pesar de tener más de 40 años de desarrollo, afiliaba en 1992 a menos del 20% de la población, cifra muy inferior a la de 57% que había alcanzado [América Latina](#), según cifras suministradas por Planeación Nacional. De esta manera la cobertura de [la familia](#) del trabajador era mínima: sólo el 20% de las familias de los afiliados tenía derecho a la seguridad social y el grado de insatisfacción de los afiliados con los servicios que prestaba esta institución era muy alto.

El 5% de la población colombiana estaba afiliada a otros servicios de seguridad social especializados para funcionarios públicos; 10% de los colombianos podían financiar su salud privadamente y el 15%, restante se consideraba sin accesibilidad a servicios de salud aceptables.

Entre 1975 y 1982 creció y se mejoró la planta de hospitales y centros de salud de este subsistema. No obstante, a partir de la [crisis fiscal](#) acaecida en 1982, los [recursos](#) que se asignaron a este tipo de servicios se redujeron de 8% del [presupuesto](#) nacional a menos de 4% en los años sucesivos, lo que ocasionó el progresivo deterioro del sector. A este subsistema le correspondía atender en 1993 a aproximadamente el 70% de la población

nacional; sin embargo, su cobertura era muy limitada y la calidad de sus servicios muy deficiente.

Alrededor del 25% de la población nacional no tenía acceso a ningún tipo de servicios, por lo que gran parte de sus necesidades de salud y de medicamentos estaban siendo paulatinamente cubiertos por los médicos, laboratorios y farmacias del sector privado. Luego, el SNS(Sistema Nacional de Salud) funcionaba de manera desarticulada y enfrentaba enormes dificultades para hacer realidad el derecho de todos los colombianos a la protección de la salud consagrado en la Nueva [Constitución](#) de 1991.

4.5.2 Nueva reglamentación de la salud en el país . En 1991 con la aprobación de la nueva [Constitución Política](#), y en relación con la salud se estableció que "la seguridad social es un [servicio](#) público de [carácter](#) obligatorio, prestado bajo la [dirección](#), [coordinación](#) y [control](#) del [Estado](#)" Este proceso manifiesta los [principios](#) de: [descentralización](#), universalidad, [solidaridad](#), equidad, [eficiencia](#) y calidad que deben tener el servicio de salud en Colombia

Este mandato constitucional fue desarrollado por la Ley 60 de 1993, la cual definió las [competencias](#) y los recursos para los diferentes entes territoriales, y culminó con la Ley 100/1993, que creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El proceso de reforma fue liderado por los Ministerios de Salud y del Trabajo, con el apoyo del Departamento Nacional de [Planeación](#) (DNP) y el aval de las comisiones VII de Senado y la Cámara de Representantes.

Ahora bien con la puesta en marcha de la Ley 100 se establecieron varios criterios que fueron aunados para que la misma se pudiera operatizar. Por ello en la Ley 100 en los artículos:178 y 185 se fijan las funciones que deben desarrollar las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud (E.P.S. E I.P.S.).

4.6 MARCO LEGAL DE LAS E.P.S.

Según la Ley 100 de 1993 en su artículo N0.177 se define a las Instituciones Promotoras de Salud como: son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, 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 Garantía

En consecuencia la norma obliga a todas las entidades públicas, privada, mixtas y de economía solidaria que se encuentren debidamente autorizadas a participar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizando la prestación del servicio respectivo o prestando uno o más beneficios, así como a la población afiliada y vinculada al sistema.

4.6.1 Regulación de una I.P.S. Las Instituciones Prestadoras de Salud tendrán según el Artículo N0.185 de la Ley 100 de 1993 las siguientes funciones:

- ❖ Prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

- ❖ Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán a la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema.

- ❖ Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

- ❖ Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.

PARAGRAFO. Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el artículo 241 de esta Ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de la vigencia de la presente Ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema.

ARTICULO 186. Del Sistema de Acreditación. El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.

ARTICULO 187. De los Pagos Moderadores. Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud.

❖ En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre, tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica y la antigüedad de afiliación en el sistema según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

❖ Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las Entidades Promotoras de Salud, aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá destinar parte de ellos a la sub-cuenta de Promoción de Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía.

PARAGRAFO. Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico o de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, serán definidos por el Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 188. Garantía de Atención a los Usuarios. Las Instituciones Prestadoras de Servicios no podrán discriminar en su atención a los usuarios. Cuando ocurran hechos de naturaleza asistencial que presuntamente afecten al afiliado respecto de la adecuada prestación de los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, éstos podrán solicitar reclamación ante el comité técnico científico que designará la entidad de salud a la cual esté afiliado. En caso de inconformidad, podrá solicitar un nuevo concepto por parte de un comité similar que designará la Dirección Seccional de Salud de la respectiva entidad territorial en donde está afiliado. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

ARTICULO 189. Mantenimiento Hospitalario. Los hospitales públicos y los privados en los cuales el valor de los contratos suscritos con la nación o las

entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30 %) de sus ingresos totales deberán destinar como mínimo el 5 % del total de su presupuesto a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria.

ARTICULO 190. Evaluación Tecnológica. El Ministerio de Salud establecerá normas que regirán la importación de tecnología biomédica y definirá aquellas cuya importación será controlada. Igualmente reglamentará el desarrollo de programas de alta tecnología, de acuerdo con planes nacionales para la atención de las patologías.

Las normas que se establezcan incluirán, entre otras, metodologías y procedimientos de evaluación técnica y económica así como aquellas que permitan determinar su más eficiente localización geográfica. Las normas serán aplicables tanto en el sector público como en el privado.

ARTICULO 193: PARAGRAFO 4. Las instituciones prestadoras de salud privada

podrán implementar programas de incentivos a la eficiencia laboral para los médicos, demás profesionales trabajadores asalariados de la salud que tengan en cuenta el rendimiento de los individuos, de los grupos de trabajo o de las instituciones como un todo.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá la modalidad de los estímulos a que se refiere este parágrafo.

4.6.2 Como funciona una I.P.S. Para que lleve a término su labor que se encuentra plasmada en la Ley 100 de 1993, las I.P.S. tendrán que desarrollar sus funciones ya sea por si mismas o firmando convenios con las Empresas Promotoras de Salud. El funcionamiento de una I.P.S. se hará teniendo en cuenta lo siguiente:

 El afiliado ya sea directamente o por intermedio de una E.P.S. solicitará el servicio. Dicho servicio tendrá un costo que se encuentra definido de antemano, este es la cuota moderadora: Es el pago que realizan todos los cotizantes y beneficiarios en cada prestación del servicio.

Tiene como fin moderar la utilización del servicio. Este valor se cobra de acuerdo a la clasificación salarial y cambia cada año.

COPAGO : Es el aporte en dinero que corresponde a un porcentaje del valor total de tratamiento. Sólo lo pagan los beneficiarios.

Los usuarios adquieren los siguientes derechos:

- ✚ Atención a través de las I.P.S.
- ✚ Atención de urgencias
- ✚ Libre escogencia de E.P.S. e I.P.S.
- ✚ Exigir atención de calidad, oportuna, personalizada, integral y continua

La Apertura Económica y su contexto de economía de mercado y globalización, exigen la reestructuración y cambio de las estrategias de crecimiento y desarrollo de las organizaciones en Colombia, especialmente del sector salud, donde hasta el año 1994 existía monopolio en la prestación de los servicios de salud por parte del estado. Esto ha puesto a los empresarios del sector en la formulación de proyectos y estrategias para lograr una mayor competitividad y contribuir como alternativa de solución en la prestación de los servicios de salud.

La Seguridad Social en Salud, reglamentada por medio de la Ley 100 de 1993 ha dado unos elementos de juicio en la cual se fortalece la calidad de los servicios de salud, ya que deja la puerta abierta al sector público y privado para que presten de manera competitiva los servicios mencionados bajo un nuevo modelo.

La Universidad Surcolombiana, además de la educación que imparte, desea incursionar en el campo de la prestación de servicios de salud de manera directa, dirigiendo servicios a la comunidad de Neiva a través de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, con el propósito de aprovechar al máximo su infraestructura para beneficio de la misma comunidad y de la institución.

Al respecto podemos mencionar que en el año de 1997 se realizó el Estudio de Factibilidad para la creación de una IPS de promoción y prevención en la Universidad Surcolombiana, el cuál constituye un primer esfuerzo en la universidad a desarrollar actividades del sector salud.

Posteriormente en 1998 las directivas de la universidad por intermedio del Consejo Superior aprueba la creación de la IPS; finalmente se obtuvo el registro :N0.41 – 001 – 5334 del 17 de marzo de 1998, emitido por la Secretaria de Salud Departamental, mediante el cual se permite prestar servicios de salud a la comunidad.

Los resultados de dicho primer estudio permitieron formular recomendaciones a la Universidad para impulsar la propuesta de ampliar los servicios de salud a la comunidad universitaria por medio de la creación de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

De igual manera en el año 1999 se realizó un estudio de costos para la consolidación de la IPS, el cual constituye en la factibilidad financiera, donde se hace énfasis en el análisis de costos para los diversos servicios de promoción de la salud y prevención que prestará la IPS.

Los servicios que la Universidad Surcolombiana presta actualmente son:

- ✚ Enfermería.
- ✚ Medicina General
- ✚ Odontología.
- ✚ Psicología.
- ✚ Laboratorio Clínico.

Los servicios tienen demandas por los siguientes usuarios:

- ✚ Estudiantes de la Universidad.
- ✚ Docentes de la Universidad.
- ✚ Empleados de la Universidad.

El total de personas que se encuentran en la universidad y que podrían demandar los servicios de esta son de 8.000 personas entre: estudiantes, docentes y empleados de la misma.

4.6.3 Enunciado de las normas que regulan una I.P.S. CONSTITUCIÓN DE 1991: Empezamos por la norma de normas que es la Constitución vigente del país. En el Título II, Capítulo 2, artículos 48 y 49 se reglamenta la Seguridad Social y la Atención de la salud para todos los colombianos, describe la Salud: "como un servicio público a cargo del estado y con carácter obligatorio".

LEY 10 DE 1990: Esta norma reorganiza el Sistema Nacional de Salud, descentralizando la administración de los servicios de salud en los departamentos y municipios. Esta ley afirma que el Sistema Nacional de Salud comprende las actividades de: fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación.

LEY 60 DE 1993: Es el Régimen de Competencias y Asignación de Recursos para los entes territoriales y la Nación en el campo de la salud, reglamenta que los entes territoriales deben canalizar al menos el 5% de los recursos de salud para la promoción y prevención. Estas leyes iniciaron en Colombia el marco legal y reglamentario para el desarrollo del sector Salud.

LEY 100 DE 1993: Por medio de esta norma se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, es el marco jurídico por el cual se presta el servicio

de salud en Colombia, este sistema se basa en los fundamentos: dirección, organización y funcionamiento, las normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se deriven de su aplicación.

LEY 715 DE 2001: Con esta ley se establece más que todo responsabilidades y ámbitos de fundamento en el Sistema General de Salud. La connotación se da tanto a nivel departamental como municipal y de distrito capital. Igualmente se establece el nivel y la forma en que se distribuirán los recursos provenientes del presupuesto nacional y que tengan como criterio el fomento y la sostenibilidad del sector salud en Colombia.

DECRETO 2309 DE 2002: Es la norma que define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta norma establece los parámetros que deben tener los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Las normas tienen que ver con el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Se consideran, para los efectos de presente decreto como instituciones prestadoras del servicio de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura.

RESOLUCIONES N0.1439 DE NOVIEMBRE 1 DE 2002: En esta norma se adoptan los formularios de inscripción y novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de estándares y de Procedimientos, y se establecen las condiciones de suficiencia patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales.

RESOLUCIONES N0.486 Y 1891 DE 2003: La resolución N0.486 modifica parcialmente la Resolución N0.1439 del 2002, la modificación se encuentra en la presentación de un programa financiero suscrito por su representante legal, en el cual se comprometen a destinar y ejecutar un monto de recursos para el cumplimiento de los estándares tecnológicos y científicos. Igualmente se modifican los estándares de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación de las IPS.

DECRETO 806 DE 1998: Actualmente este decreto reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general en Colombia.

4.7 ANALISIS SITUACIONAL

De la encuesta que se desarrollo en el trabajo presente se ha detectado las siguientes inquietudes o variables que se deben tener en cuenta:

- Número de personas afiliadas: El 76.92% se encuentra afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud. El 69.3% de los estudiantes y el 100% de los docentes, personal administrativo y directivo se encuentran afiliados en salud y pensión. Solo el 30.6% de los estudiantes no se encuentran afiliados a ningún sistema de salud por que no laboran o figuran como beneficiarios del servicio.
- Cultura sobre los servicios de salud: El 46.1% tienen conocimiento sobre los servicios que existen en el Sistema de Seguridad en Salud o Ley 100 de 1993. El 56.8% de los estudiantes carecen de dicho conocimiento por la poca difusión del tema; solo un 3.4% no responde posiblemente por que no sabe de la existencia de dichos servicios. El 83.3% de los docentes tiene conocimiento de la finalidad de dichos servicios y solo 16.6% desconoce el tema; el 50% del personal administrativo sabe de la existencia de dicho servicio. El 60% de los directivos si conoce el tema.
- Conocimiento de servicios de primer nivel: El 65.8% del total de los encuestados no identifica cuales son los servicios de Primer Nivel, siendo esta cifra muy significativa por que las personas o usuarios no tienen claridad al respecto. El 70.4% de los estudiantes, el 41.6% de los docentes, el 66.6% del personal administrativo y el 40% de los directivos, desconocen realmente cuáles son los servicios de Primer Nivel.

Por otra parte el 21.5%, de los estudiantes, el 50% de los docentes, el 33% de los administrativos y el 60% de los directivos respectivamente tienen poca información de los servicios de Primer Nivel.

- Régimen de afiliación: Se concluyo que el 56.4% esta afiliada bajo el régimen contributivo, del cual el 42% de los estudiantes está bajo este régimen, así como el 100% de los docentes, el 100% de los administrativos y el 100% de los directivos. El 24.7% de los estudiantes no está afiliado a ningún régimen, debido a la falta de recursos económicos, el 16.2% se encuentra bajo el régimen subsidiado y el 2.5% restante no responde.
- Entidad promotora de salud: De las personas encuestadas el 25.6% se encuentra afiliada al I.S.S, los afiliados a Coomeva ascienden al 13% y el 27% se encuentran afiliados a Saludcoop. El 9% de los encuestados

están afiliados a Humana Vivir, lo mismo que Cafesalud, el 6.8% a Salud Colombia y Cajanal tiene el 18%

- Administradora de riesgos profesionales: De acuerdo con el consolidado, las cifras encontradas fueron: La Equidad que es una institución del sector solidario tiene el 13% de afiliación a nivel universitario, Colmena A.R.P. tiene el 20%, Suratep el 27%, Colpatria el 7% y el I.S.S cuenta con el 32%.
- Institución prestadora de salud: El 8% de los encuestados dice que ninguna I.P.S. atiende sus servicios de salud; el 5% dice que su servicio de salud se atiende por el Sisben, el 24% afirma que la I.P.S. que los atiende es Saludcoop, el 10% de los encuestados afirma que es la I.P.S. del I.S.S. El 22% que lo hace el Hospital General de Neiva, el 15% lo hace en la Clínica de Emcosalud, el 9% lo hace en la I.P.S. de Comfamiliar y el resto lo hace en los diferentes centros de atención de Neiva sobre todo de primer nivel.
- Conocimiento sobre los servicios de salud de la usco: El 57% de los estudiantes, el 75% de los docentes y el 67% del personal administrativo afirman conocer los servicios asistenciales que presta la Universidad Surcolombiana, siendo estos de: medicina general, odontología, psicología y primeros auxilios, quedando demostrado con ello que gran parte de la población del alma mater tiene acceso a dichos servicios. Es de resaltar que el 43% de los estudiantes, el 25% de los docentes y el 33% del personal administrativo encuestados no conocen dichos servicios debido a la poca información y divulgación por parte de la Universidad.

Podemos concluir según los datos obtenidos por la encuesta que:

✚ La mayor población que obtiene un beneficio del servicio de salud actual son los estudiantes, seguidos de los docentes y por último los empleados de la universidad.

✚ Vemos que todavía la población no es consciente que la universidad cuenta con los equipos necesarios y el personal capacitado para desarrollar un proyecto de esta magnitud, es más no saben diferenciar de lo que es servicios de primer nivel, servicios de segundo y tercer nivel.

✚ Se presenta la variable que la universidad se va convirtiendo en una entidad de mayor tamaño y por lo tanto va requiriendo un mejor manejo como es en este caso el de la salud.

✚ Otro aspecto que se debe mirar es que la ciudad va creciendo aún más y se requieren mayores y mejores servicios. Por ejemplo al Saludcoop establecer la clínica frente a las instalaciones de la universidad pues esta mostrando que este sector de la capital necesita una mayor cobertura sobre todo en el nivel I del servicio de la salud.

5. ANALISIS ESTRATEGICO

Para lograr un análisis estratégico del trabajo que nos ocupa, debemos ser consistentes con la situación actual que tiene la comunidad y con lo que debe ser la atención de su salud. El país se ha transformado de una economía cepalina: es decir liderada hacia los mercados de la región y el mejoramiento del aparato productivo interno, siempre buscando el compartir con nuestros vecinos latinoamericanos. Ahora se nos presenta por obra y gracia de los desempeños que quieren lograr los Estados Unidos más que todo entrar en una economía de mercado que nos lleva a ser aún más competitivos, pero ya no solo con nuestros vecinos de patio, ya es con Europa, Estados Unidos y el resto del mundo. Otro aspecto que debemos mirar es que este nuevo pensamiento económico nos trajo una nueva visión de lo que debe ser el estado, por lo tanto en esta perspectiva occidental: el estado deja de ser el gran conductor y el gran animador de la economía para convertirse en un espectador más del transcurrir y del libre mercado.

Dentro de estos aspectos que el Estado dejó a un lado se encuentra la prestación de los servicios de Seguridad Social, la iniciativa para este aspecto paso de manos del Seguro Social y la Caja Nacional de Previsión a la iniciativa privada: se establecieron por facultad de la Ley 100 de 1993, las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud, las Administradoras de Riesgos Profesionales, se estableció otro concepto que fue el de ayuda del Estado para los más necesitados que fue el SISBEN con eso el estado quería compensar lo que había dejado de hacer. Las instituciones que quedaron fueron siendo dejadas a un lado, el Seguro Social su manejo fue partido en tres instituciones diferentes las cuales son: E.P.S, A.R.P, I.P.S esta última en este año tiende a desaparecer por su apremiante situación presupuestal.

Tomando las palabras Seguridad Social en su aspecto conceptual diremos:

SEGURIDAD: Encierra la idea genérica de exención de peligro, daño o mal y afirma las de confianza y garantía.

SOCIAL: Como concerniente a todos aquellos problemas y restricciones que sufren los trabajadores, pero que también engloba o subsume a todos aquellos logros y reivindicaciones obtenidas respecto de las condiciones de trabajo, además, debemos sumar las inquietudes y necesidades sociales, es decir, teniendo en cuenta a la sociedad como un todo orgánico, independiente del acceso o no a un puesto de trabajo. Dentro de estos conceptos amplios de seguridad social resulta importante remarcar que sin

lugar a dudas la definición mas precisa y concreta de seguridad social es la que hizo la O.I.T: "en lo esencial puede interpretarse como la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales, que de otra manera derivarían en la desaparición o en la fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte, y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos"³.

ESTADO: Cuando se refiere al Estado, se efectúa en su aspecto político, es decir, como el gobierno político los tres poderes que lo componen: el Poder Legislativo, el Poder Ejecutivo y el Poder Judicial.

5.1 PLANEACION ESTRATEGICA

Es el proceso mediante el cual quienes toman decisiones en una organización obtienen, procesan y analizan información pertinente interna y externa, con el fin de evaluar la situación presente de la empresa, así, como su nivel de competitividad con el propósito de anticipar y decidir sobre el direccionamiento de la institución hacia el futuro.

VISIÓN: La visión corporativa es un conjunto de ideas generales, algunas de ellas abstractas, que proveen el marco de referencia de lo que una empresa o entidad pública es y quiere ser en el futuro.

MISIÓN: La misión es la formulación de los propósitos de una organización que la distingue de otros negocios en cuanto al cubrimiento de sus operaciones, sus productos, los servicios que ofrezca, los mercados y el talento humano que soporta el logro de estos propósitos.

5.2 METODOLOGIA EMPLEADA

La aplicación de la planeación estratégica de mercadeo conlleva la realización de todo un proceso de búsqueda y mejoramiento de fuentes de información que busca un direccionamiento que permita formular objetivos de mercadeo para luego identificar procedimientos complementarios en la búsqueda de dichos objetivos.

³ ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Definición de conceptos sobre el campo laboral. 2000

De esta manera se pretende recolectar información del mercado para estructurar el contexto de la planeación estratégica, proyectando un conjunto de programas y actividades que sirvan de marco de acción para el desarrollo de la empresa analizada.

Para el caso que nos ocupa hemos definido que dentro del mismo se aplicará un método: de observación y descriptivo. ¿Porque lo hacemos de esta manera?. ¿Porque vamos a encontrar una serie de variables dentro del mismo estudio: como sexo, opinión de los servicios prestados, que esperan en el futuro de los servicios prestados por la I.P.S.?, solo mencionamos algunas de las variables y luego entramos a buscar el porque de la incidencia dentro el marco general que debe tener la I.P.S. ya con la descripción de los factores entramos a presentar las soluciones que a nuestro criterio son las más conducentes para el proyecto en mención.

5.3 DESCRIPCIÓN DEL AREA DE ESTUDIO

El área de estudio del proyecto es la Universidad Surcolombiana. Es la primera universidad oficial en el sector sur del país, ya tiene más de treinta (30) años de servicio a la comunidad. Cuenta actualmente con carreras de pregrado y postgrado, cuenta además con sedes en Pitalito, La Plata, Garzón, que la hacen la universidad de mayor alcance en la región Surcolombiana. Cuenta con las siguientes facultades: Economía y Administración, Ciencias Sociales y Humanas, Ingeniería, Derecho, Educación, Ciencias Naturales y Exactas, Ciencias de la Salud. Cuenta en la actualidad con 8.000 integrantes entre docentes, estudiantes y personal administrativo.

La Universidad cuenta con una infraestructura física que le permite estar a la vanguardia de las mejores del país: cuenta con laboratorios de biomedicina, fuera de los laboratorios de la facultad de salud, tiene además una estructura en

atención por medio de su I.P.S. la cuál se encuentra situada en las oficinas de Bienestar Universitario. Cuenta con los servicios de Medicina General, Odontología y Laboratorio Clínico el personal que labora allí es de una competencia científica bastante completa.

Cuenta con otro aspecto que es la de Bienestar Universitario desde el punto de vista recreativo y de participación en diferentes eventos deportivos y de integración entre los diferentes estamentos de la comunidad universitaria.

5.4 FUENTES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS

Para recoger la información pertinente respecto del trabajo investigativo, se acudió a las siguientes fuentes de información:

Fuentes Primarias

Se aplicó una encuesta entre todos los componentes de la Universidad Surcolombiana: estudiantes, docentes, personal administrativo y personal directivo.

Formula para Conseguir la Muestra

La muestra se determinó de la siguiente forma:

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{E m^2 \cdot (N - 1)^2 + (Z \cdot P \cdot Q)}$$

Donde:

Z = 95% es el nivel de confianza.

Em = 0.09 margen de error

N = 8.000 total del universo.

P = 0.5 Posibilidad de ocurrencia del evento

Q = 0.5 Posibilidad que no ocurra el evento.

Se tiene un nivel de confianza del 95%, entonces la muestra será igual a:

$$n = \frac{(0.1915)^2}{(0.10)^2} \times (0.5)(1-0.5)$$

$$n = 117$$

El resultado nos arroja un total de 117 encuestas. Esta se puede afirmar como la muestra representativa del proyecto.

A este resultado vamos a aplicar una proporción de distribución dentro del total de las encuestas:

ESTUDIANTES = 88 ENCUESTAS

PROFESORES Y CATEDRATICOS = 12 ENCUESTAS

FUNCIONARIOS = 12 ENCUESTAS

DIRECTIVOS = 5 ENCUESTAS

La distribución se hizo de acuerdo al (%) de población por agente directamente relacionado con la entidad, de tal manera que se busca una proporcionalidad dentro de la población total de la comunidad universitaria.

Para la presente investigación no se cálculo Muestra Preliminar, por cuánto la Universidad esta claramente definida los diferentes estamentos y por lo tanto la misma no es primordial que se haga.

Forma de Presentar los Datos Obtenidos

Para la presentación de los datos obtenidos se acudió a la técnica de : estadística descriptiva para las variables, tomadas individualmente. Lo que significa que a cada pregunta o interrogante se estableció el número de respuestas fijadas por los encuestados, luego se aplico el programa de Power Point con el cuál se crearon las gráficas respectivas y a partir de allí se efectuó el análisis respectivo.

5. 5 VARIABLES

Las principales variables que se estudiaron fueron:

- ✚ Calidad de vinculación con la universidad.
- ✚ Sexo de los encuestados.
- ✚ Edad de los encuestados para conocer sus criterios en cuanto al servicio de la IPS.
- ✚ Nivel de ingresos de los encuestados.
- ✚ Conocimiento si el encuestado se encuentra afiliado al Sistema General de Salud.
- ✚ Con que entidad se encuentra afiliado la persona o encuestado en lo que respecta a la IPS.
- ✚ Conocimiento que tiene de los servicios que presta la Universidad Surcolombiana como institución descentralizada.
- ✚ Servicios de salud de primer nivel que presta la Universidad Surcolombiana.
- ✚ Criterios de servicios que se podrían mejorar en el futuro inmediato.

Para llevar a término la aplicación de la encuesta se observo la información suministrada por la Oficina de Planeación de la Universidad Surcolombiana, en esta información se establece el número de docentes, estudiantes y personal administrativo.

El proceso de tabulación de las encuestas fue efectuada en forma manual, por cuánto no se contaba con un soporte tecnológico que ayudara en esta tarea.

La encuesta fue diseñada teniendo en cuenta los objetivos planteados desde un principio en este proceso investigativo.

5.6 RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA

Una vez aplicada la encuesta se presentaron las respuestas que se analizan a continuación. Para realizar el diagnóstico se identificaron variables que facilitaron la formulación del Plan de Gestión en mercadeo, como son los factores internos y externos ambientales que inciden directamente en el desempeño que debe observar la Institución Prestadora de Servicios.

Debemos recordar que la investigación consistió en la identificación de algunos aspectos relacionados con la prestación de los servicios de salud en la comunidad de la Universidad Surcolombiana, para determinar las características de mercadeo relacionadas con la prestación del servicio planeado, la promoción y los canales de distribución que utiliza la comunidad para acceder a los servicios de salud y de esta manera proyectar la creación de la I.P.S. de la Universidad Surcolombiana. Se encontró que:

- Características del género: Del total de la muestra objeto del estudio se obtuvo que el 41% de los encuestados hacen parte del género masculino, demostrando que la mayoría de la población de la Universidad Surcolombiana asciende al 59% en el rango de los estudiantes. Entre tanto el 50% de los docentes y personal administrativo es del género femenino. Dentro del personal directivo el 80% es del género masculino.
- Grupos de edad: Del total de encuestados el 60% se encuentra entre los 21 y 30 años y una parte el 40% entre los 46 y los 60 años de edad. La población estudiantil, el 64.77% oscila entre los 21 y 30 años de edad, el 17.05% entre los 31 y 45 años, el 15.91% entre los 15 y 20 años y el 2.27% restante entre 46 y 60 años, demostrando que la población objeto del estudio se encuentra en pleno proceso productivo.

El 66.66% de los docentes se halla entre los 31 y los 45 años de edad y el restante 33.34% se encuentra entre los 46 y los 60 años de edad.

En lo que respecta al personal administrativo, del mismo se puede inferir que el 83.34% es gente joven que se ubica entre los 21 y los 30 años de edad, seguido en una mínima parte del 8.33% que se ubica entre los 15 y

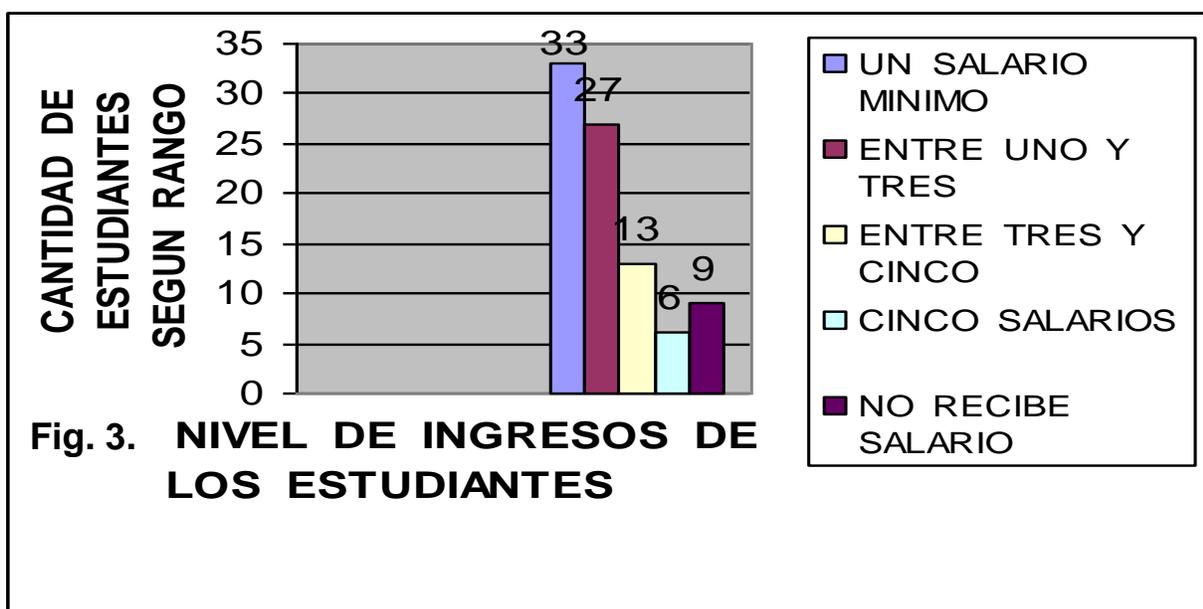
los 20 años edad; el 8.33% restante se ubica entre los 31 y los 45 años de edad.

Los directivos de la Universidad oscilan entre los 46 y los 60 años de edad.

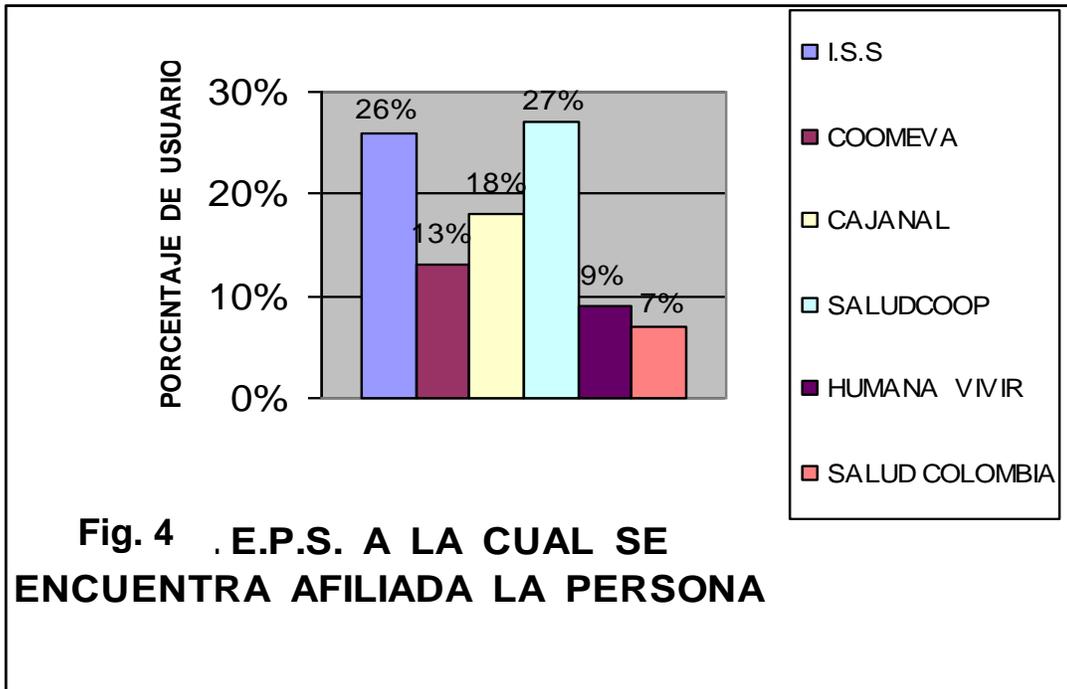
Pues allí se encuentran el 60% y el restante porcentaje se ubica entre los 31 y los 45 años.

- Nivel de ingresos: El 37.61% obtienen ingresos mensuales entre 1 y 3 salarios mínimos y tan solo el 5.98% percibe más de cinco salarios mínimos. Entre los estudiantes el 36.36% son empleados que devengan sólo el salario mínimo legal vigente, el 31.82% devenga entre uno y tres salarios mínimos, el 14.77% devenga entre tres y cinco salarios y tan solo el 6.82 % reciben recursos que equivalen a más de cinco salarios mínimos, mientras que el 10.23% no trabaja.

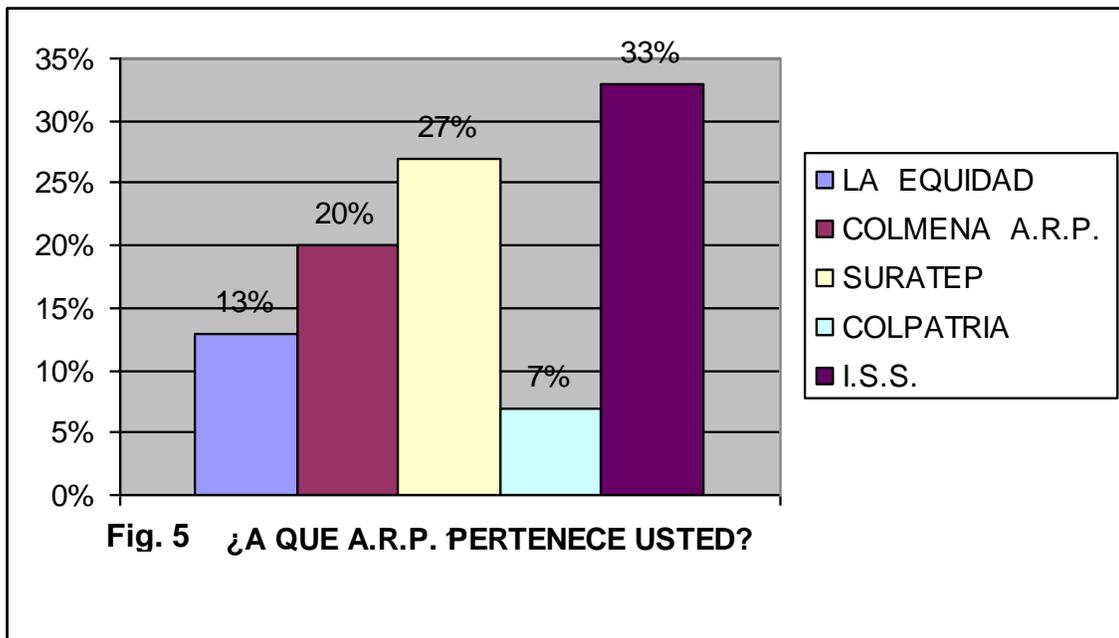
Por lo anterior se infiere que los estudiantes no tienen recursos económicos suficientes para poder sufragar sus gastos en salud. El ingreso de los docentes en el 58.33% oscilan entre tres y los cinco salarios mínimos, seguidos de los que devengan entre uno y tres salarios que representan el 33% y apenas el 8.3% devenga más de cinco salarios. El personal directivo encuentra en un 60% devengando más de cinco salarios y el restante porcentaje devenga entre tres y cinco salarios (ver Fig. 3).



- Afiliación a la seguridad social: El 76.92% se encuentra afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud. El 69.3% de los estudiantes y el 100% de los docentes, personal administrativo y directivo se encuentran afiliados en salud y pensión. Solo el 30.6% de los estudiantes no se encuentran afiliados a ningún sistema de salud por que no laboran o figuran como beneficiarios del servicio.
- Cultura sobre los servicios de salud: El 46.1% tienen conocimiento sobre los servicios que existen en el Sistema de Seguridad en Salud o Ley 100 de 1993. El 56.8% de los estudiantes carecen de dicho conocimiento por la poca difusión del tema; solo un 3.4% no responde posiblemente por que no sabe de la existencia de dichos servicios. El 83.3% de los docentes tiene conocimiento de la finalidad de dichos servicios y solo 16.6% desconoce el tema; el 50% del personal administrativo sabe de la existencia de dicho servicio. El 60% de los directivos si conoce el tema.
- Conocimiento de servicios de primer nivel: El 65.8% del total de los encuestados no identifica cuales son los servicios de Primer Nivel, siendo esta cifra muy significativa por que las personas o usuarios no tienen claridad al respecto. El 70.4% de los estudiantes, el 41.6% de los docentes, el 66.6% del personal administrativo y el 40% de los directivos, desconocen realmente cuáles son los servicios de Primer Nivel. Por otra parte el 21.5%, de los estudiantes, el 50% de los docentes, el 33% de los administrativos y el 60% de los directivos respectivamente tienen poca información de los servicios de Primer Nivel.
- Régimen de afiliación: Se concluyo que el 56.4% esta afiliada bajo el régimen contributivo, del cual el 42% de los estudiantes está bajo este régimen, así como el 100% de los docentes, administrativos y directivos. El 24.7% de los estudiantes no está afiliado a ningún régimen, debido a la falta de recursos económicos, la mitad de este porcentaje son de clase media y no están cubiertos bajo ningún régimen de salud. El 16.2% se encuentra bajo el régimen subsidiado y el 2.5% restante no responde.
- Entidad promotora de salud: De las personas encuestadas el 25.6% se encuentra afiliada al I.S.S, los afiliados a Coomeva ascienden al 13% y el 27% se encuentran afiliados a Saludcoop. El 9% de los encuestados están afiliados a Humana Vivir, lo mismo que Cafesalud, el 6.8% a Salud Colombia y Cajanal tiene el 18% (ver Fig. 4).



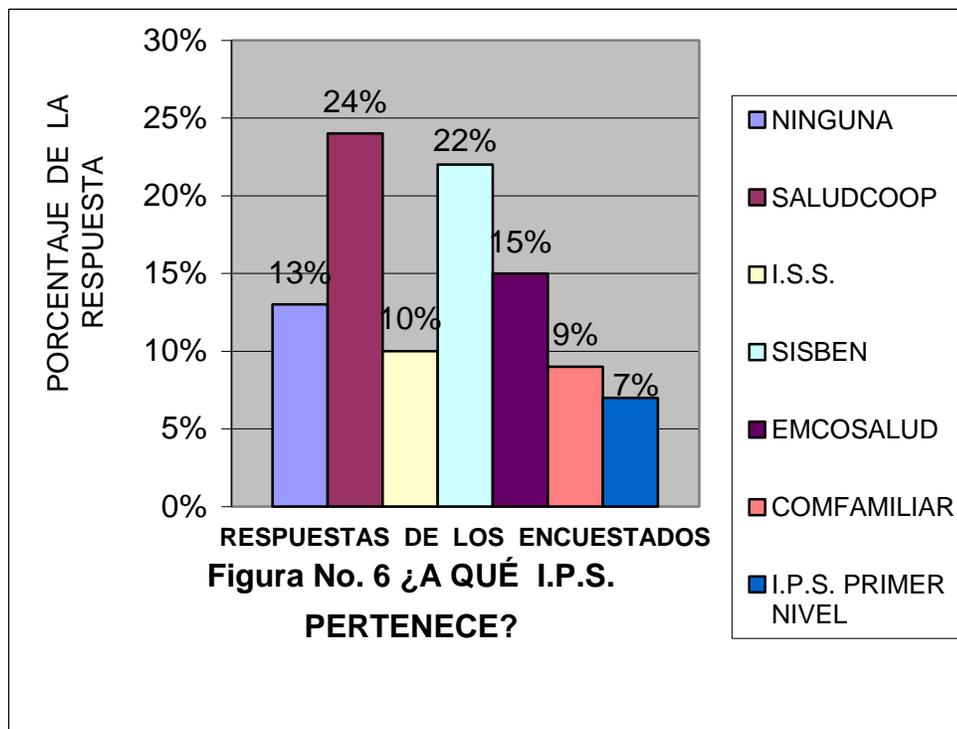
- Administradora de riesgos profesionales: De acuerdo con el consolidado,



las cifras encontradas fueron: La Equidad que es una institución del sector solidario tiene el 13% de afiliación a nivel universitario, Colmena A.R.P. tiene el 20%, Suratep el 27%, Colpatría el 7% y el I.S.S cuenta con el 32% (ver Fig. 5). Institución prestadora de salud: El 13% de los

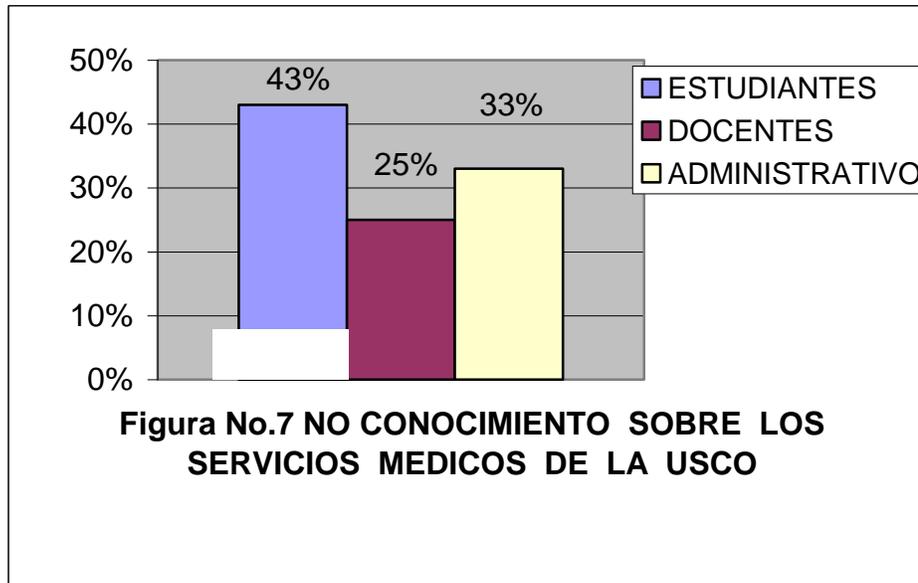
encuestados dice que ninguna I.P.S. atiende sus servicios de salud; el 24% afirma que la I.P.S. que los atiende es Saludcoop, el 10% de los encuestados afirma que es la I.P.S. del I.S.S. El 22% que lo hace el Hospital General de Neiva, el 15% lo hace en la Clínica de Emcosalud, el 9% lo hace en la I.P.S. de Comfamiliar y el resto lo hace en los diferentes centros de atención de Neiva sobre todo de primer nivel

- Institución prestadora de salud: El 13% de los encuestados dice que ninguna I.P.S. atiende sus servicios de salud; el 24% afirma que la I.P.S. que los atiende es Saludcoop, el 10% de los encuestados afirma que es la I.P.S. del I.S.S. El 22% que lo hace el SISBEN de Neiva, el 15% lo hace en la Clínica de Emcosalud, el 9% lo hace en la I.P.S. de Comfamiliar y el resto lo hace en los diferentes centros de atención de Neiva sobre todo de primer nivel (ver Fig. 6).

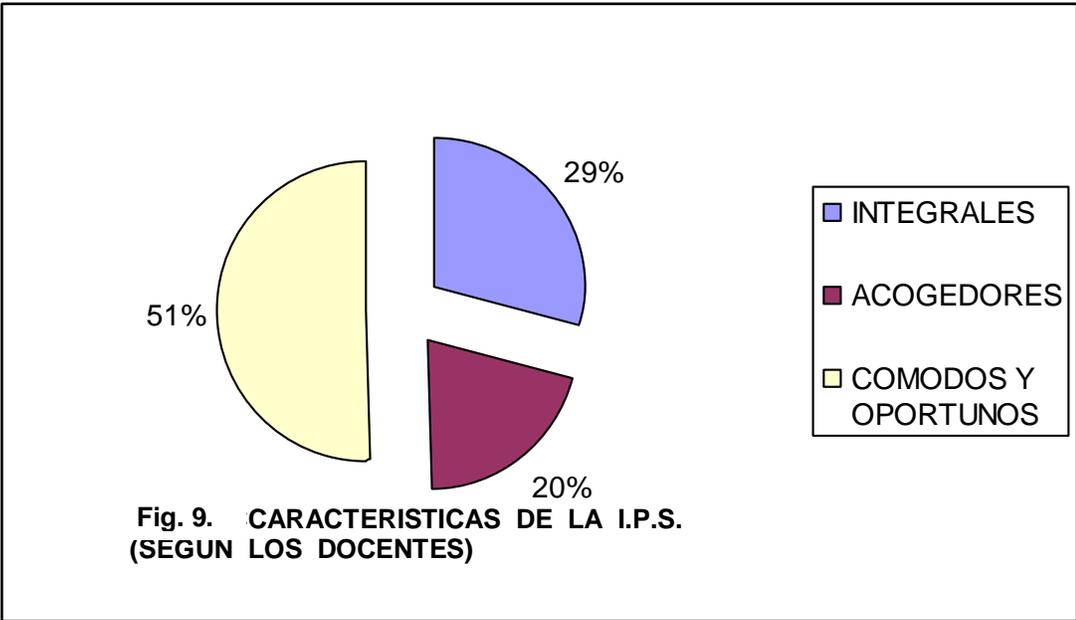
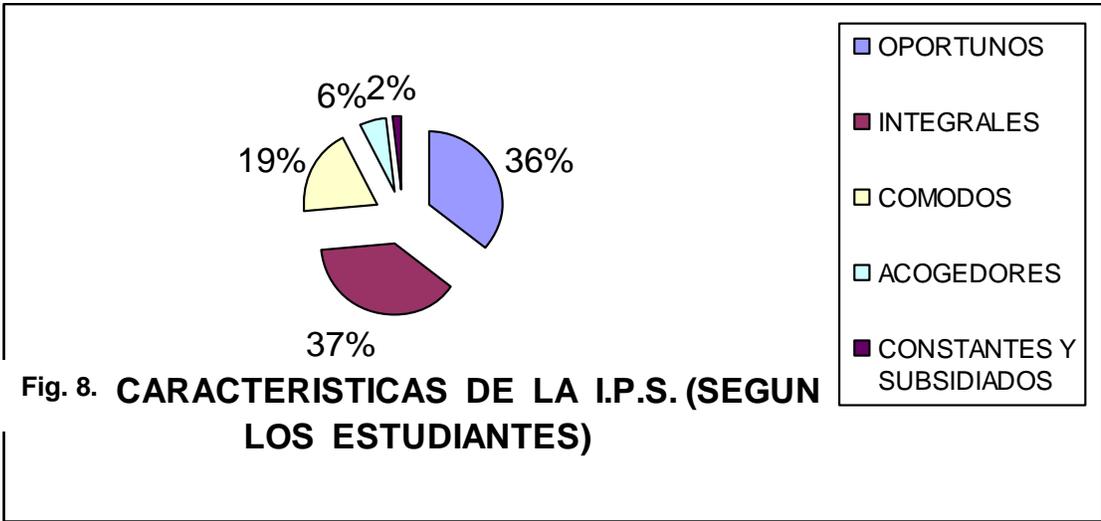


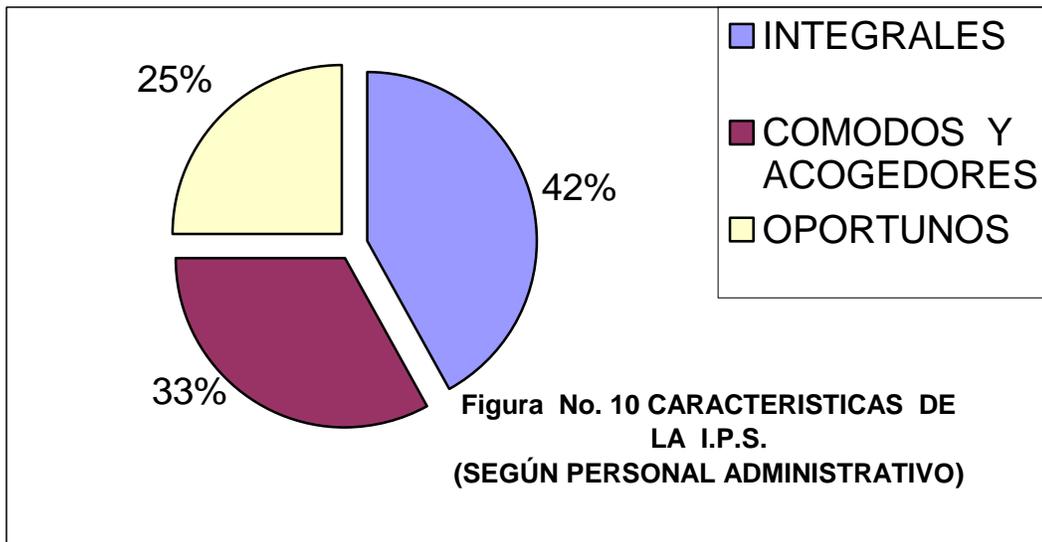
- Conocimiento sobre los servicios de salud de la usco: El 57% de los estudiantes, el 75% de los docentes y el 67% del personal administrativo afirman conocer los servicios asistenciales que presta la Universidad Surcolombiana, siendo estos de: medicina general, odontología, psicología y primeros auxilios, quedando demostrado con ello que gran parte de la población del alma mater tiene acceso a dichos servicios. Es

de resaltar que el 43% de los estudiantes, el 25% de los docentes y el 33% del personal administrativo encuestados no conocen dichos servicios debido a la poca información y divulgación por parte de la Universidad (ver Fig. 7).

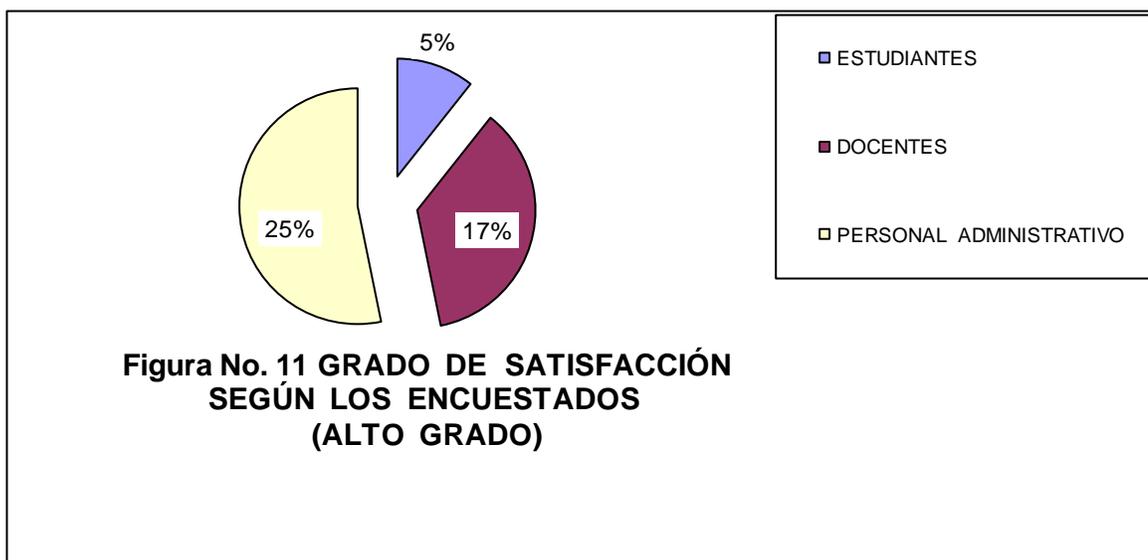


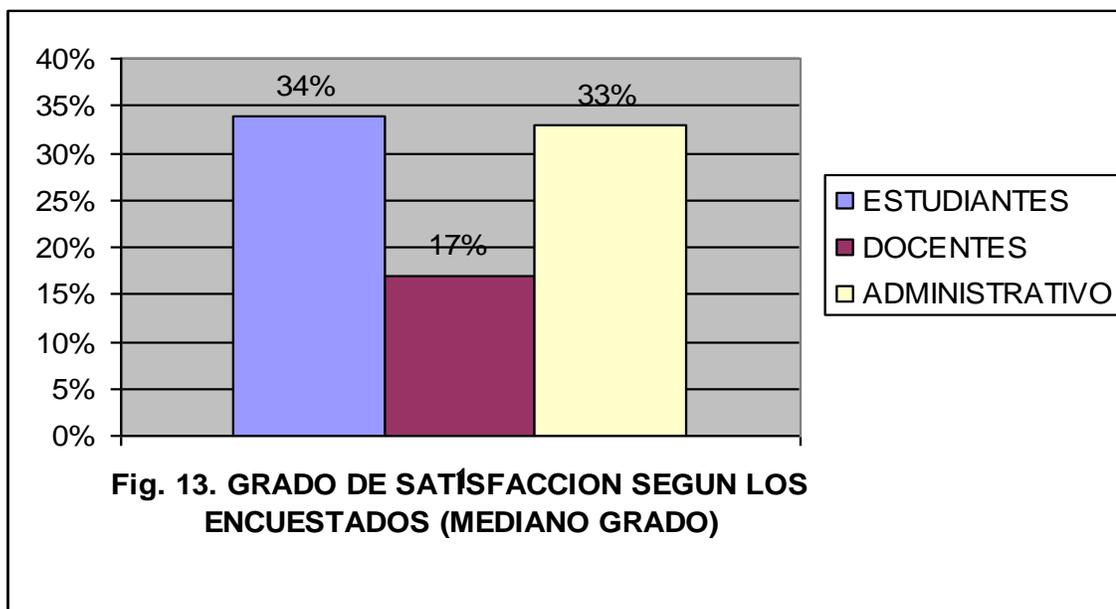
- Características que deben tener los servicios de salud que prestara la I.P.S. de la usco: El 36% de los estudiantes sostienen que los servicios de la I.P.S. de la Universidad Surcolombiana deberían ser oportunos, el 38% afirmo que integrales, el 19% los califico de cómodos, el 6% que tenían que ser acogedores y el 2% le gustaría que fueran constantes, subsidiados y que tuvieran acceso a las clínicas. Los docentes prefieren en un 29% integrales, seguidos en un 20% como acogedores y el 50% restantes afirmo que cómodos y oportunos. Igualmente el personal administrativo le gustaría que fueran oportunos con el 42%, integrales en un 33% y cómodos y acogedores en un 25%. Como conclusión podemos decir que la población de la Universidad Surcolombiana desea unos servicios médicos como oportunos e integrales (ver Fig. 8,9 y 10).



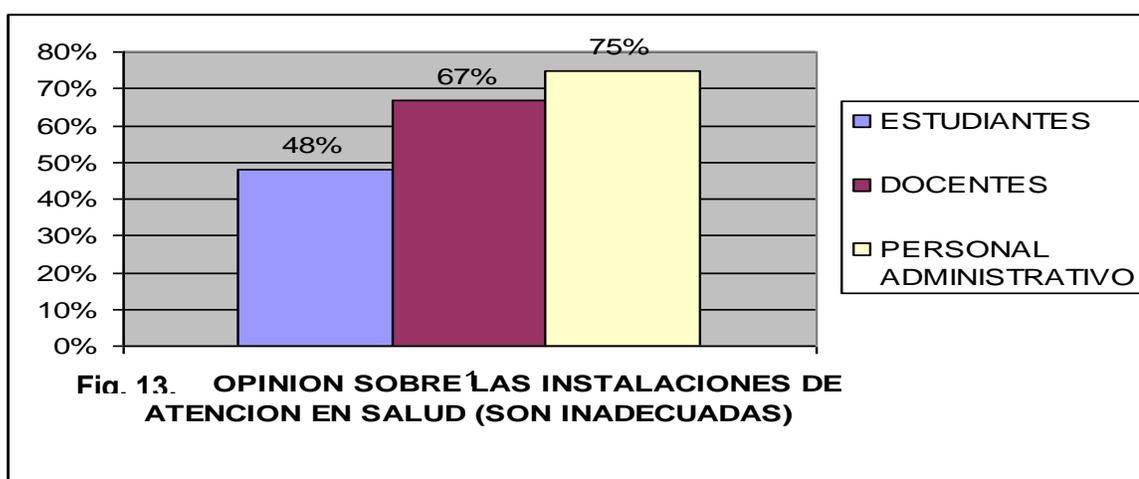


- Grado de satisfacción en los servicios de salud prestados por la Usco: El 5% de los estudiantes, el 17% de los profesores y el 25% del personal administrativo califican el servicio de salud de la universidad con alto grado de satisfacción. El 24% de los estudiantes lo califica de medio porque el servicio es demorado, hace falta droguería y por los altos costos, así mismo el 33% de los profesores y del personal administrativo. Por otra parte el 34%, el 17% y el 33% de los encuestados según el grado de pertenencia con la universidad respectivamente lo consideran regular por su falta de cubrimiento y poca diversidad en el servicio que ofrece (ver Fig. 11 y 12).

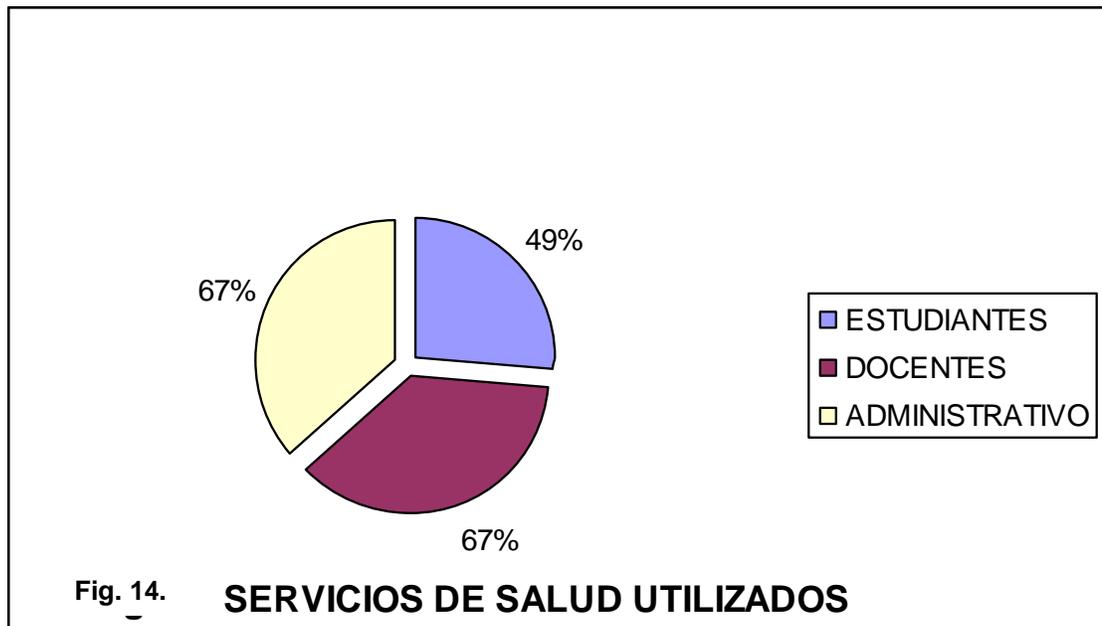




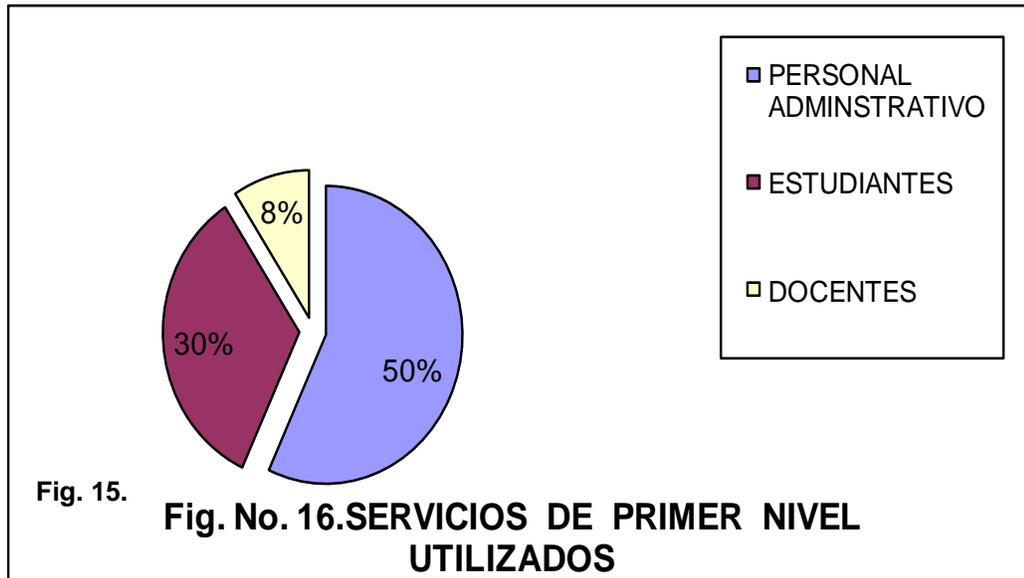
- Instalaciones físicas: El 48% de los estudiantes, el 67% de los docentes y el 75% del personal administrativo, consideran que las instalaciones físicas para la prestación de servicios en salud de la universidad no son adecuados debido a la ineficiencia de sus espacios locativos, a su poca independendia dirigente, lo que lleva a que la atención sea bastante limitada en todo sentido (ver Fig. 13).



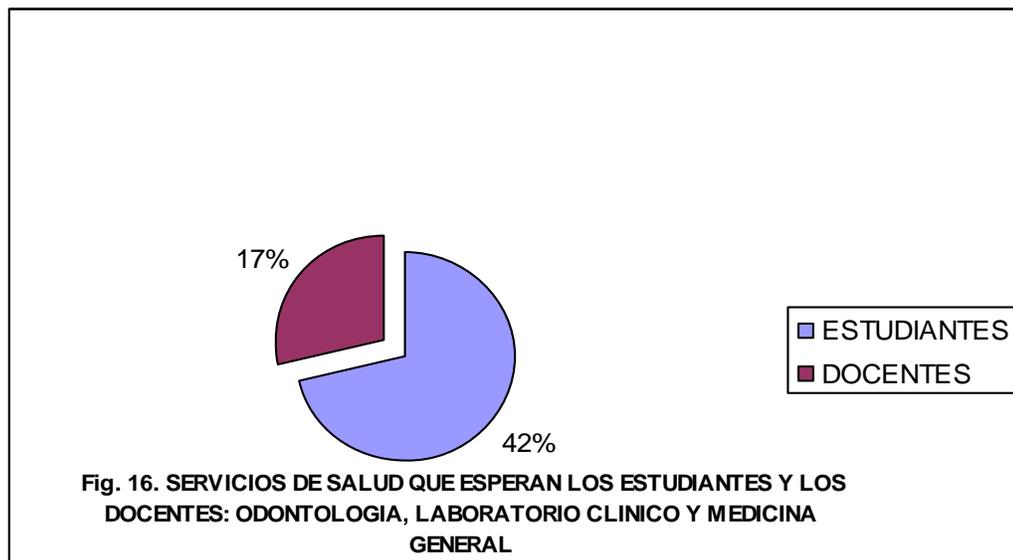
- Servicios de salud utilizados: EL 49% de los estudiantes de la Universidad Surcolombiana manifiestan haber utilizado los servicios de medicina general y odontología, lo mismo ocurre con los docentes con el 67% y el personal administrativo (ver Fig. 14).



- Servicios de salud deseados por la comunidad universitaria: El 42% de los estudiantes y el 17% de los docentes encuestados desearían en primera instancia que les fuera ofrecido los servicios de odontología, seguido por los de medicina general y laboratorio clínico. En tanto que el personal administrativo prefiere la oferta de todos los servicios de salud representando un 50%, seguido en un 17% por los de medicina general y especialistas (ver Fig. 15).



- Servicios de salud de primer nivel utilizados: El 48% de los estudiantes y el 75% de los profesores no utilizan los servicios de salud de primer nivel de la Universidad Surcolombiana. Así mismo el 50% del personal administrativo utiliza los servicios de medicina general; los estudiantes y los profesores lo han utilizado en un 30% y un 8% respectivamente (ver Fig. 16).



- Hacen uso o no de los servicios de salud: El 65% de los estudiantes, el 75% de los docentes y el 50% del personal administrativo manifiestan que nunca han utilizado los servicios médicos de la Universidad Surcolombiana.
- Alternativas para el mejoramiento de los servicios de salud: Los estudiantes, docentes y personal administrativo consideran que los servicios de salud de la Universidad se pueden mejorar haciendo un mayor énfasis en la promoción y difusión de los mismos servicios según el 38% ; extendiendo el horario según el 33% de los encuestados y ofreciendo una mayor cobertura con adecuadas instalaciones y equipos que llenen las expectativas del servicio ofrecido, con el 15% y 14% respectivamente.
- Reclamos por el servicio: La comunidad universitaria manifestó no haberse quejado del servicio con un 46% del total de las encuestas, porque esto, porque en el mismo porcentaje no han usado el servicio. Sin embargo el 33% de quienes han hecho algún reclamo, no se le ha solucionado y solo el 21% si se les ha resuelto la inquietud planteada.
- Opinión sobre el cambio de I.P.S.: El consolidado de la comunidad universitaria opina lo siguiente: el 23% responde que quiere cambiar de I.P.S.; el 56% no desea cambiar porque se encuentra conforme con la I.P.S. que tiene en el momento y el 21% no respondió a la inquietud. Esto nos muestra que un poco más de la mitad de los encuestados están conformes con la I.P.S. que tienen actualmente, pero también hay que analizar el resto de la respuesta muestra que las personas quieren un mejoramiento del servicio con una I.P.S. que tenga mayor capacidad de integralidad en los servicios prestados.
- Programa de promoción y prevención: La comunidad universitaria prefiere el programa de riesgo cardiovascular con el 36%, le sigue el de promoción y prevención oral con 24%, educación sexual el 28% y control o manejo del stress 12%. Esto nos muestra que la comunidad universitaria da prelación a aquellas enfermedades vitales para su salud.

5.7 ANALISIS INTERNO

- Naturaleza y razón social: En primer lugar debemos afirmar que la Universidad Surcolombiana es una institución descentralizada, autónoma y personería jurídica vinculada al Ministerio de Educación Nacional.

En la actualidad la Universidad Surcolombiana desempeña sus funciones en los departamentos del: Huila, Tolima, Caquetá y Putumayo, cuenta con 53 programas académicos. Estas son las facultades que tiene actualmente: Economía y Administración, Ciencias Sociales y Humanas, Ingeniería, Derecho, Educación y Ciencias Naturales y Exactas.

- Productos y servicios que se van a ofrecer: En este caso podemos afirmar que los servicios que se van a ofrecer son:

- ✚ Medicina General
- ✚ Odontología.
- ✚ Psicología
- ✚ Enfermería

El porque de estos servicios se define en primer lugar por que la Universidad Surcolombiana en su estructura tanto física como de personal tiene capacidad y puede responder por esta área del conocimiento. Ya en otras áreas sería más complicado para la universidad realizarlas porque no cuenta con una infraestructura adecuada para ello: por ejemplo laboratorio para exámenes de sangre, o bacilos copia. Por eso y por que además la Universidad no tiene previsto dentro de sus planes en el mediano y largo plazo convertirse en una empresa social del estado de segundo o tercer nivel para la salud, solo se va a dirigir a este tipo de usuarios y por consiguiente al nivel primero de la salud según lo definido en las normas respectivas.

5.8 ANALISIS ACTUAL DE LA OFERTA EMPRESARIAL DE LA USCO

Dentro de las estrategias de expansión que tiene para ofrecer la Universidad figuran los de tipo social en este caso la salud. Se ha identificado una alternativa bastante factible por llegar a cubrir un mayor porcentaje de población, este caso la entidad puede y debería incursionar en la prestación de servicios de salud por intermedio de una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Actualmente se dispone de la infraestructura, tanto física como de personal y equipos para crear su propia IPS y que por supuesto llegue a una mayor cantidad de población. Por eso las directivas de la Universidad consideran pertinente aprovechar la coyuntura que ofrece la reforma en Seguridad Social en el área de salud para desarrollar y consolidar una empresa nueva que preste servicios de salud.

5.9 MATRIZ DE EVALUACIÓN INTERNA

Teniendo en cuenta los siguientes factores que se han definido con la información recogida vemos que la Universidad Surcolombiana esta en mora de establecer a nivel no solo como un anexo sino como una empresa que tenga su propio carácter empresarial y social. Debido a la creación de la IPS la cobertura de servicios se ampliará, los usuarios aumentarán en volumen, lo cuál repercutirá en el mejoramiento de los servicios.

Cuadro 1. Matriz de evaluación interna.

FACTORES INTERNOS	PESO RELATIVO	VALOR	RESULTADO SOPESADO
1. Apoyo institucional	0.14	4	0.56
2. Imagen de la Universidad.	0.12	3	0.36
3. Personal idóneo y capacitado	0.10	3	0.30
4. Respaldo financiero	0.08	3	0.24
5. Carencia de infraestructura adecuada	0.12	2	0.24
6. Deficiente prestación al usuario	0.10	2	0.20
7. Desconocimiento de la comunidad universitaria	0.17	1	0.17

sobre los servicios de salud.			
8. Falta de cultura de la salud entre la comunidad universitaria.	0.17	2	0.34
TOTALES	1.00		2.41

Fuente: Datos obtenidos por el investigador del proyecto.

5.10 ANALISIS EXTERNO

El análisis externo se refiere al estudio y evaluación de los factores externos que tienen incidencia a la IPS de la Universidad Surcolombiana, cuyos cambios a través del tiempo condicionan su desempeño en las actividades de prestación de servicios de salud. De esta forma se espera tener la identificación de las oportunidades y amenazas que el entorno puede reflejar al interior de la IPS. Tanto oportunidades como las amenazas se estructuran en factores: sociales, políticos, económicos, institucionales, tecnológicos, que en un momento dado se pueden presentar en el entorno respectivo.

5.10.1 Entorno demográfico. Es indiscutible que para realizar cualquier tipo de estudio social sobre las empresas, se debe tener en cuenta como variables los aspectos inherentes a las características de la población y sus variables demográficas.

5.10.2 Características de la población. Durante los últimos treinta años la ciudad de Neiva ha experimentado un acelerado proceso de urbanización, muy superior al Departamento y la Nación, su área pasó de 900 hectáreas en 1970 a 4.594,26 has. en diciembre del 2000, según el plan de ordenamiento territorial. En este mismo período el área ocupada paso de 713 a 2.232,27 hectáreas.

La población urbana pasó de 109.063 habitantes en 1973 a una población estimada de 307.825 en el 2000, igualmente para este período el número de viviendas pasó de 20.476 a aproximadamente 60.000.

El proceso de descentralización política, fiscal y administrativa iniciado en 1.983 con la expedición de la Ley de fortalecimiento de los fiscos municipales, mediante la Ley 12 de 1986 y sus decretos reglamentarios, traslada a los municipios funciones de la nación en materia de salud, educación, saneamiento básico y agua potable, transporte, infraestructura vial, sin los recursos necesarios para cumplimiento de las mismas, situación que sería corregida por la Constitución de 1991 al elevar a norma constitucional la participación de los municipios en los Ingresos Corrientes de la Nación y posteriormente mediante la expedición de la Ley de Competencias y Recursos se asignaron competencias y responsabilidad a los entes territoriales las cuales debían financiar con dicha participación.

Como consecuencia del proceso anterior hemos llegado a un estado en el cual entre el 60% y 70% de la población total se encuentra en condiciones de pobreza y de estos el 24,72% de la población urbana y el 51.37% de la población rural se encuentran en condiciones de miseria.

Dentro de este orden de ideas la Universidad Surcolombiana atendía en 1995 un total de 4.655 estudiantes en 53 programas de formación, de los cuales 13 programas son de postgrado, que eran atendidos por 204 docentes de tiempo completo y 30 de medio tiempo. Para 1998 se contaba con una población de 6.321 estudiantes.

Debido al proceso de descentralización que viene adelantando la Universidad Surcolombiana, para el año de 1998 se registro un incremento de la comunidad universitaria al 30% con relación al año 1995, donde se arrojó una población universitaria de 6.500 estudiantes incluyendo todos los centros en las poblaciones vecinas.

Según el último Censo: la población urbana del Departamento del Huila abarca el 60% y la población rural, el restante es el 40%, en cuanto a la población según su género, el departamento cuenta con 378.135 hombres que equivalen al 49.88% y 379.878 mujeres que representan al 50.12%.

Entorno económico y social: El sector industrial en la ciudad de Neiva, según información suministrada por el Departamento de Sistemas de la Cámara de Comercio de Neiva, a octubre de 2003, tiene 1.084 establecimientos que representa el 12,64% del total de establecimientos localizados en la ciudad y el 48% de los establecimientos del sector industrial del Departamento del Huila. Asimismo, genera 2.194 empleos que representa el 15.08% del

personal ocupado en la ciudad de Neiva y el 63% del personal ocupado por el sector industrial del Departamento del Huila, respectivamente. En el sector industrial, el 92.25% (1.000) de los establecimientos generan de 1 a 10 empleos, el 6.37% (69) generan de 11 a 49 empleos, el 0.74% (8) genera de 50 a 99 empleos y tan sólo el 0.64% (7) de las empresas genera más de 100 empleos.

La actividad productora de alimentos y bebidas genera el 45% del valor bruto de la producción y aproximadamente el 40% del empleo del sector. La producción del sector se orienta principalmente a satisfacer la demanda del mercado regional; con excepción de unas pocas industrias que traspasan con sus productos las fronteras regionales, tales como Licorsa , Arroz Flor Huila, Arroz Roa, Tolimax, Gaseosas Cóndor, para citar obviamente las que constituyen un patrimonio regional y por lo tanto ofrecen perspectivas de reinvertir capitales.

Las microempresas de la región en su mayoría operan a nivel artesanal, donde la destreza manual es el factor sobresaliente en la composición orgánica de la actividad. Son unidades productivas con poca proyección que se mueven dentro de un mercado competitivo dirigido a una parte de la población de ingresos promedio relativamente bajo. Las microempresas presentan márgenes de comercialización bajos donde predomina un mercado cerrado, lo cual se refleja en sus volúmenes de ventas, la mayoría del comercio local adquiere sus productos en otras regiones del país, debido a las mayores facilidades de pago y a los mayores márgenes de utilidad que les otorgan.

En síntesis, se puede deducir que el desarrollo industrial de la región, está enmarcado dentro de las particularidades de una región poco industrializada. En consecuencia la opción para impulsar el proceso hacia actividades de "punta" que dinamicen las escalas de transformación manufacturera, que estará determinada en corto plazo con el desarrollo de la agroindustria y en el mediano y parte del largo plazo con la explotación minero-industrial.

El Municipio de Neiva, al igual que el país ha experimentado en los últimos años un fuerte proceso de urbanización, hecho que ha determinado que el empleo y las inversiones hayan trascendido la frontera agrícola imprimiéndole dinámica a la actividad comercial, financiera y los servicios especialmente.

Según información suministrada en octubre de 2004, por el Departamento de Sistemas de la Cámara de Comercio de Neiva, la economía regional se sustenta en el sector del comercio y de servicios, como quiera que el 87.36% de los establecimientos ubicados en Neiva, desarrollan actividades afines a este campo. Adicionalmente, los 7.490 establecimientos registrados en la

ciudad de Neiva, representan el 75,6% de los establecimientos del sector de comercio y de servicios del Departamento del Huila.

En el sector comercial, el 97.19% (4.354) de los establecimientos generan de 1 a 10 empleos, el 2.45% (110) generan de 11 a 49 empleos, el 0.27% (12) genera de 50 a 99 empleos y tan sólo el 0.09% (4) de las empresas genera más de 100 empleos.

Igualmente, en el sector de servicios, el 95.81% (2.884) de los establecimientos generan de 1 a 10 empleos, el 3.22% (97) generan de 11 a 49 empleos, el 0.66% (20) genera de 50 a 99 empleos y solamente un 0.30% (9) de las empresas genera más de 100 empleos.

En el ámbito de esta actividad económica el 55,04% de los establecimientos se agrupa en el comercio al por mayor y al por menor (almacenes, heladerías, restaurantes, hoteles, etc. Le siguen en su orden la actividad financiera con el 22.85% de los establecimientos, adquiere gran importancia especialmente durante la última década por cuanto gran número de instituciones bancarias y financieras han establecido sucursales en Neiva; y los que prestan servicios comunales, sociales y personales con un 17.91%. El menor peso lo tienen los dedicados a la producción y distribución de electricidad, gas y agua, con un 4,20%.

5.11 EDUCACION

En el Municipio de Neiva existen 291 establecimientos educativos de preescolar, primaria, secundaria y media vocacional, de los cuales 170 son de carácter oficial (103 urbanos y 67 rurales) y 121 no oficiales (112 Urbanos y 9 Rurales), que conforman la oferta de establecimientos educativos para la demanda escolar del Municipio. Sin embargo, el 80% de los establecimientos oficiales (136) presentan serias carencias en la infraestructura física y en los ambientes (aulas, salones de profesores, salas de ayudas, jardines etc.) que no permiten impartir una educación con niveles de calidad aceptables en el Municipio.

En relación con las coberturas la educación primaria y básica secundaria presentan los mayores niveles con el 90,46% (38.711) y 4.081 niños por fuera del sistema y 91,41% (25.930) y 2.384 jóvenes por fuera del sistema. Las menores coberturas se presentan en el nivel de preescolar con el 37,27% (8.038) y 13.537 infantes por fuera del sistema y la educación media vocacional con el 70% (9.859) y 4.640 jóvenes por fuera del sistema.

Otro aspecto preocupante es la altísima deserción escolar que se presenta en el Municipio que para la zona urbana alcanza el 53% y para la zona rural

el 92% lo cual implica que por cada 100 estudiantes que ingresan al sistema educativo en el grado uno solamente 47 llegan al grado 11 en la zona urbana y solamente 8 del sector rural llegan al grado 11.

El 90% de los establecimientos educativos de la zona urbana y el 100% de la zona rural presenta serías carencias en cuanto a dotación y material didáctico, la gran mayoría carece de bibliotecas actualizadas con textos que los avances de la era moderno volvieron obsoletos y materiales didácticos anticuados.

En el aspecto tecnológico, aunque algunos establecimientos poseen ordenadores, estos poderosos instrumentos no son incorporados a la enseñanza, no existen los sistemas de consulta a través de las bibliotecas virtuales, no se encuentran conectados con el Internet y no se tienen aulas inteligentes, laboratorios de idiomas y otras poderosas herramientas que permiten mejorar sustancialmente la calidad de la educación.

Finalmente, la educación municipal presenta bajos niveles de calidad que se reflejan en las evaluaciones que realiza el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior en las cuales ocupamos los últimos lugares después de municipios y departamentos con menores recursos e infraestructura que la nuestra. También se refleja en la diferencia de calificación que obtienen los estudiantes de los colegios privados en la mayoría de los casos muy superiores a los estudiantes de los colegios oficiales.

5.12 SALUD

La población actual del Municipio de Neiva es de 330.817 habitantes de los cuales el 23,82% (78.794 pertenecientes a los estratos 1 y 2) se encuentran registrados en el Sistema de Información de Selección de Beneficiarios de la Inversión Social - SISBEN, el 69.8% (55.088) son beneficiarios del régimen subsidiado de seguridad social, 23.794 personas se encuentran en calidad de vinculados, además de la población que pertenece al nivel con N.B.I 3.

Si tenemos en cuenta los resultados de los estudios de estratificación con relación a los estratos bajo - bajo, y bajo su población es aproximadamente el 56% o sea unos 185.257 habitantes, lo cual significa que de la población vinculada total aproximadamente 106.463 no están identificados dentro del sistema, es decir que la cobertura del SISBEN esta en un 42.53% aproximadamente.

De las 192.347 consultas externas realizadas durante el año 2004 las caries dentarias figuran como la primera causa de morbilidad de la población con el

7,73% (14.863 casos), de los cuales el 68,33% se presenta en la población de 15 a 44 años, le siguen el resfriado común con el 4.18% (8.040 casos), la parasitosis intestinal con el 2.44% (4.694 casos), la amigdalitis con el 1,93% (3.708 casos), la faringitis aguda con el 1,67% (3.218 casos), gingivitis aguda con el 1,44% (2.764 casos), infección intestinal mal diagnosticada con el 1,41% (2.714 casos), gastritis aguda con el 1.38% (2.664 casos), vaginitis y bulbo vaginitis con el 1.06% (2.041 casos) e hipertensión esencial especificada como maligna con el 0.98% (1.902 casos).

En lo que se refiere a las enfermedades de transmisión sexual – VIH – SIDA, la tasa de morbilidad presentada para el año 2004 fue del 2.21 por mil habitantes, esta enfermedad se ubica en primer lugar en el Huila con un total de 353 casos confirmados en el periodo 1988-2000, afectando la población económicamente activa de los 20 a los 40 años de edad en 40% y en menor proporción se encuentran los grupos de 0 a 20 años y de 51 a 70 años, sin embargo es significativo el crecimiento de casos de esta última franja de población .

Lo que atañe a la violencia familiar y Salud mental, se puede deducir que el Municipio no es ajeno a las manifestaciones que tiene éste fenómeno en el país y en el mundo, ya que la crisis de la familia la convierte en un escenario propicio para que se produzca la violencia social.

Según información de la Secretaria de Salud Departamental para el año 2004, se registraron 1.684 casos de violencia y maltrato infantil en Neiva, teniendo en cuenta que el tipo de maltrato predominante sigue siendo el psicológico Intencional con 780 casos (77%) , seguido del físico 760 casos (61%), negligencia y descuido con 133 casos (44%) y el abuso sexual con 16 casos (23%), explotación económica con 52 casos (75%), peligro moral con 1840 casos (75%).

En lo relacionado al sexo, se define que el sexo femenino sigue siendo el más afectado con 873 casos (59%) y el masculino con 504 casos (58%).

Por grupos etáreos lo más afectados están entre los 20 y 29 años con 224 casos, 30 a 39 años con 221 casos, 40 a 59 años con 166 casos, de 10 a 19 años con 140 casos, de 5 a 9 años con 115 casos de 1 a 4 años con 85 casos y finalmente más de 60 años con 61 casos.

Es importante anotar que no obstante las campañas de promoción y prevención adelantadas por el Municipio en relación con las enfermedades dentarias, el resfriado común y la parasitosis, estas siguen siendo las principales causas de morbilidad en el municipio, especialmente las caries dentales que en las consultas por primera vez ocupan el primer lugar con una participación del 9.2% (5.450 casos) y el resfriado común con el 4.79%

(2.838 casos) sobre un total de 59.239 casos. Un comportamiento muy similar se observa en el sector rural en donde las primeras causas de morbilidad son las caries dentales y el resfriado común con excepción en la zona del norte en donde las primeras causas de morbilidad son la parasitosis intestinal, vaginitis y bulbo vaginitis y la escabiosis.

En cuanto a las actividades de promoción y prevención encontramos que en vacunación la cobertura es muy baja: Polio 61.3%, Difteria- Polio –Tétano (D.P.T.) 59%, B.C.G.77%, Antihepatitis 58.6%, Hemophilus Influenza (H.I.B) 38.9%, Tozoide Viral (T.V.) 68%, Tozoide Difterico (T.D.) 41.3%.

Las actividades de fluorización representan el 11,4% con un 2% de sellantes del total de la población entre 5 y 14 años.

La población cubierta en programas de la tercera edad es del 5.8% de los cuales 702 personas presentan riesgo cardiovascular positivo.

El porcentaje de citologías tomadas corresponden al 29.6% de la población de riesgo siendo positivas para cáncer el 0.7%; Las usuarias de planes de planificación familiar corresponden al 32.3% de la población objeto, de los cuales el 15% de usuarias son adolescentes; De un total de 16.3% de las mujeres a riesgo se les realizó examen de seno. Se detecto una tasa de 0.9% de incidencia para Sífilis Congénita.

En el programa de control prenatal presento una cobertura del 79.5% del total de la población gestante (10.361), de las cuales el inicio de la atenciones dio en el tercer trimestre de la gestación. El número de partos institucionales atendidos corresponde a 2936 para un 28.3% de cobertura.

La cobertura del Programa de Crecimiento y Desarrollo fue de 30.1%, Tamizaje Visual del 98,8% de la población de 1 a10 años.

La presentación de la diarrea continúa siendo causa importante de morbilidad entre los menores de 5 años con un total de 7.639 casos sin generar mortalidad.

Pues como vemos en el caso de la mortalidad las causas son generales y no particulares por lo que nos llevaría a fallas en la toma de decisiones; además las entidades notificadoras sobre las cuales se basan las estadísticas de morbimortalidad apenas llega a un 40 % del total.

En cuanto a las causas de mortalidad la primera es ocupada por el infarto agudo del miocardio con el 17,04% (15 casos), el paro cardio respiratorio con el 15,9% (14 casos), la falla multisistémica con el 7.95% (7 casos), le siguen

el paro cardiaco, el paro respiratorio y la insuficiencia respiratoria con el 3.4%.

Adicionalmente es importante anotar que los accidentes de tránsito constituyen después de las causas enumeradas anteriormente el 4% de las muertes totales. Los suicidios contribuyen con el 1.6%.

La mortalidad perinatal constituye el 4.5% del total de gestantes atendidas (8.236) en el año 2004.

Hay que tener en cuenta que el sistema de información en salud municipal presenta serias deficiencias ya que solo presenta las cifras de la Secretaría de Salud Municipal y otras entidades como el Instituto de los Seguros Sociales, sin que reporten información oportuna otras organizaciones como el hospital y la mayoría de las empresas promotoras de salud.

Aunque las dotaciones con que cuenta los centros y puestos de salud son aceptables la cobertura de estos es muy baja dada la población considerable que deben atender dentro de su área de influencia y ha sido la solicitud frecuente de la comunidad ampliar la atención de estos servicios a las 24 horas y la organización del servicio de urgencias en los mismos.

5.13 CULTURA

Los valores culturales, éticos y morales constituyen la principal fuente de motivación del comportamiento de los pueblos y las naciones, sin ellos resulta imposible comprender la problemática de la sociedad y por lo tanto direccionar un proceso de cambio.

La cultura debe concebirse como la apropiación individual y colectiva de la inteligencia y producción humanas de aquí la necesidad de enfatizar en el valor estratégico de la cultura para lograr el desarrollo de la ciudad. Esto implica considerar la cultura como el bien máspreciado y en consecuencia las actuaciones culturales deben orientarse hacia los retos que la ciudad nos presenta.

El acelerado proceso de urbanización ha tenido grandes repercusiones en el campo cultural ya que el incremento de la población en el centro urbano y la influencia de medios masivos de comunicación crean una tendencia endoculturizadora ligada a la sociedad de consumo, desplazando a un segundo plano los valores culturales propios de la comunidad.

En un altísimo porcentaje la actividad cultural se realiza en la zona urbana privando a los 24.000 ciudadanos rurales de la posibilidad de acceder a la cultura y recuperación de sus valores.

De los tres escenarios culturales con que cuenta el municipio, la Concha Acústica presenta deterioro y abandono, el Parque Longitudinal debido a la inseguridad y el traslado de los vendedores ambulantes tiene muy poco uso, mientras que la Estación Férrea por encontrarse allí localizadas las dependencias de la Dirección de Cultura se encuentra en óptimas condiciones y la Concha Acústica sino que ya presenta señales visibles de abandono y amenaza con quedarse inconclusa.

De acuerdo con la Plan de Ordenamiento territorial existen cerca de 191 espacios para la práctica de la recreación y el deporte en la zona urbana y 27 en la zona rural, que independientemente de su estado podrían emplearse como espacios para el fomento de las expresiones culturales.

No existen una articulación municipio, establecimientos educativos, universidades, organizaciones no gubernamentales para el fomento y desarrollo de la cultura local, lo cual hace que cada entidad y organizaciones desarrollen programas en forma independiente sin obedecer a un proceso de integralidad.

5.14 DEPORTE Y RECREACIÓN

La infraestructura para la práctica de la recreación y el deporte presenta serías deficiencias ya que del total de los 191 parques y polideportivos reportados en el Plan de Ordenamiento Territorial el 24,6% (47) se encuentra en malas condiciones, son espacios a los cuales no se les ha realizado ningún tipo de adecuación, el 47,12% (90) se encuentra en regular estado y solamente el 28,28% (54) se encuentran en aceptables condiciones, si tenemos en cuenta que existen aproximadamente 286 barrios de los cuales 41 se consideran como asentamientos subnormales tenemos que cerca de 94 asentamientos urbanos carecen de un escenario para la práctica de la recreación y el deporte.

La unidad deportiva del municipio inaugurada en 1976 cumple 30 años de vida útil sin que se hayan realizado obras de mantenimiento importantes excepto la ampliación de las graderías del Estadio de Fútbol, por lo que solamente un 30% de dichas instalaciones se encuentra en buenas condiciones.

A lo anterior se agrega el estado de abandono de otros grandes parques como el Mirador del Sur y la proyección del gran Parque Recreacional de Peñón Redondo.

Aproximadamente el 21% del total de la población participa en los programas del deporte y la recreación lo cual implica que de un total de 308.000 habitantes solamente 65.000 son beneficiarios de estos programas y el 79% (243.000 personas) no tienen acceso a la recreación y deporte.

En los últimos años aproximadamente 6.300 niños y jóvenes se han beneficiado con las escuelas de formación deportiva, que representa un 14,9% de la población entre los 5 y 12 años y el 8.9% de la población entre los 5 y 17 años.

El promedio de participación de la población en las vías recreativas es de aproximadamente 4000 personas por fin de semana que representan aproximadamente el 13% de la población total.

La participación en los campeonatos interclubes municipales, en deportes como fútbol, fútbol de salón, tejo, ciclismo y patinaje fue de 1.400 deportistas e indirectamente unas 60.000 personas acompañaron los diferentes torneos. En los juegos intercolegiados en disciplinas como el ajedrez, atletismo, baloncesto, fútbol, fútbol de salón, gimnasia, lucha libre, natación, natación con aletas, taekwondo, voleibol, levantamiento de pesas, tenis de mesa, patinaje y judo, participan aproximadamente un total de 3.979 estudiantes sobre una población de 81.998 matriculados con una participación directa del 4.85% de los estudiantes e indirecta de aproximadamente 100.000 personas.

El Programa de Viernes Recreativos para la Juventud ofreció mediante elementos de la recreación, la cultura, el deporte y la lúdica un espacio de convivencia entre los estudiantes de la jornada nocturna para 12.000 jóvenes estudiantes que constituye una muy buena participación con relación al total de los estudiantes nocturnos.

En los juegos comunitarios de la zona urbana que se realizan a nivel de comuna tienen una participación del 3,5% del total de la población, cifra que es muy baja y

muestra que se requieren modificaciones sustanciales en este tipo de eventos para que el deporte cumpla su papel de integrador de la comunidad urbana.

Las olimpiadas del sector rural que se realizan en los diferentes corregimientos tienen una participación cercana al 90% de población rural y

se ha venido constituyendo en uno de los eventos que en mayor grado contribuye a la integración de la población rural.

5.15 VIVIENDA

El acelerado proceso de urbanización que ha tenido lugar ha dado origen al surgimiento de numerosos asentamientos de tipo tugurial que el momento conforman cerca de 2.637 viviendas las cuales albergan una población aproximada de 13.810 habitantes, adicionalmente se encuentran 5.912 viviendas localizadas en 37 asentamientos semi-consolidados y aproximadamente 2900 viviendas se encuentran en proceso de transición, para un total de 11.912 viviendas que albergan una población cercana a los 71.400 habitantes, resultado que nos llevan a concluir que por lo menos el 24,2% de la población urbana demanda algún tipo de solución de vivienda, que va desde la reubicación de las viviendas localizadas en zonas de alto riesgo, hasta el mejoramiento de la calidad de la vivienda.

De los 63.000 hogares existentes en la zona urbana de Neiva por lo menos el 24,48% (18.750) son demandantes efectivos de vivienda.

De acuerdo con los diferentes estudios sobre la vivienda realizados en Neiva existe un déficit de vivienda de interés social de 14.201 unidades en todos los rangos, sin embargo en los segmentos de cero a tres salarios mínimos legales mensuales el déficit aproximado es de 9.123 unidades de vivienda.

Adicionalmente, se estima que en la zona urbana 2.433 viviendas presentan deficiencias en atributos como espacios adecuados, estabilidad física y servicios públicos domiciliarios y que por lo menos el 30% de la vivienda rural (1.080 viviendas aproximadamente) requiere programas de mejoramiento.

5.16 SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS

A pesar del acelerado proceso de urbanización que ha tenido lugar durante los últimos 30 años el Municipio en su zona urbana ha realizado grandes esfuerzos por mantener elevadas coberturas en los servicios públicos básicos, es así como

en la actualidad la cobertura en el servicio de acueducto alcanza el 95%, para el servicio de alcantarillado es del 89%, para el servicio de aseo del 93,2%, para el servicio telefónico es del 92,32% con densidad de 24 líneas telefónicas por cada 100 habitantes, del 94,06% para el servicio de electricidad y el 93,14 % en el servicio de gas domiciliario.

Sin embargo, se presentan serias deficiencias especialmente en la vulnerabilidad que presenta el sistema de tratamiento de agua en cuanto tiene relación con la bocatoma y conducción del agua no potable a la planta de tratamiento, la necesidad de incrementar las presiones en algunos sectores de la ciudad con el fin de mejorar la prestación del servicio de acueducto y la reposición de las redes que en algunos sectores cumplieron su vida útil, especialmente en el centro de la ciudad.

En cuanto al sistema de alcantarillado las aguas servidas son arrojadas al Río Magdalena sin ningún tipo de tratamiento con grave perjuicio para las comunidades que viven aguas abajo y utilizan el agua tanto para consumo como para riego, por otra parte se requiere con urgencia la restitución de las redes de alcantarillado en algunos sectores de la ciudad donde estas ya cumplieron su vida útil como sucede con el centro de la ciudad.

5.17 ENTORNO JURIDICO

El Sistema general de seguridad social en salud —SGSSS— fue creado mediante la [Ley 100 del 23 de diciembre de 1993](#), con el objeto de dotar de una nueva organización al sector salud, de modo que se hiciera posible la gradual y progresiva ampliación de coberturas y el acceso a la salud para toda la población del país. A su vez, esta transformación implicó el rediseño de la estructura existente hasta el momento, en gran parte definida por la [Ley 10 de 1990](#) y [la Ley 60 de 1993](#) y la [Ley 715 de 2001](#).

De esta manera, SGSSS se rige por un conjunto de principios orientadores definidos en la Ley, que guían su desarrollo e implementación. Estos principios son:

- **Equidad:** El SGSSS contempla la gradual provisión de servicios de salud a todos los habitantes del país, independientemente de su capacidad de pago, con un financiamiento especial para la población pobre y vulnerable, y evitando la selección de riesgos por parte de las entidades aseguradoras mediante un fondo de compensación (subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía —Fosyga—).
- **Obligatoriedad:** Se establece la obligación de afiliarse al SGSSS mediante una contribución obrero-patronal, con responsabilidad en la afiliación por parte de empleador. Por su parte, el Estado debe facilitar la afiliación de la población sin vínculo laboral o sin capacidad de pago.
- **Protección integral:** La afiliación al SGSSS confiere a los afiliados beneficios en la educación y fomento de la salud y la prevención,

diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. El Sistema también propende por el mejoramiento de la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios a través del Plan obligatorio de salud.

- Libre escogencia: Los afiliados al SGSSS tienen el derecho a la libre escogencia entre entidades administradoras y prestadoras de servicios de salud, sujeta a las posibilidades según las condiciones de la oferta de servicios.
- Autonomía de las instituciones: El SGSSS promueve la especialización institucional como camino para lograr mayores niveles de eficiencia y eficacia. En el caso de las instituciones prestadoras de servicios de salud —IPS, se dará autonomía de acuerdo con el tamaño y complejidad de las mismas, otorgándoseles personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.
- Descentralización administrativa: En el SGSSS se reconoce la responsabilidad territorial por las funciones y servicios propios de salud pública. Las alcaldías y gobernaciones son responsables de la identificación de la población pobre, de la focalización de subsidios y de la contratación de la administración de estos recursos con entidades públicas y privadas.
- Participación social: El SGSSS fomenta y crea espacios para la participación ciudadana en la organización y control de las instituciones del SGSSS y del Sistema en su conjunto y, en particular, en la representación de las comunidades en las juntas directivas de las IPS públicas.
- Concertación: El SGSSS establece espacios de concertación, en los consejos de seguridad social en salud, entre los actores que hacen parte del Sistema, para su implementación y desarrollo en los ámbitos nacional y territorial. Por su parte, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tiene a su cargo la concertación de elementos de regulación para el SGSSS en todo el territorio nacional.
- Calidad: El sistema propende no sólo por la ampliación de coberturas, sino, además, por el mejoramiento en la calidad de los servicios ofrecidos a la población. Para ello se crea el Sistema de garantía de la calidad que contempla, entre otros mecanismos, la acreditación, el establecimiento de requisitos esenciales y la construcción de estándares de calidad.

5.18 ENTORNO POLITICO

El entorno político en el caso que nos ocupa tiene que ver con la nueva concepción del estado colombiano. Hasta 1991 Colombia era un estado centralista, basado en los principios de 1886, en el gobierno de Rafael Nuñez. Pero en 1991 se presentó la llamada constituyente que busca modernizar el estado colombiano, por eso se plantearon varias propuestas y se dio como una vía institucional el de afirmar que Colombia fuera un estado social y de derecho que busca la integralidad y la participación de todos los ciudadanos del país.

Por eso se reformuló todo el estado colombiano y se dio vía libre a lo que fue el terminar con el monopolio del Estado en el terreno de la salud, ya dejó de ser monopolio del I.S.S.(Instituto de los Seguros Sociales) y pasó la iniciativa a manos del poder privado por medio de la Ley 100 se estableció la creación de las

Empresas Promotoras de Salud (E.P.S.),Instituciones Prestadoras de Salud (I.P.S.) y Administradoras de Riesgos Profesionales (A.R.P.)

Vemos que ya el estado dejó su capacidad monopolística, el estado que todo lo podía y pasó a ejercer otro tipo de funciones entre ellas las de supervisar las funciones que le habían sido entregadas a los particulares, se argumentó que el Estado era muy mal administrador y sobre todo dilapidaba todos los recursos que eran destinados para tales funciones. (Ver cuadro 2)

Cuadro 2. Matriz de evaluación del factor externo.

FACTORES EXTERNOS	PESO RELATIVO	VALOR	RESULTADO SOPESADO
1. Las personas tienen más conciencia de su salud	0.10	4	0.40
2. Las E.P.S. que se están integrando verticalmente	0.12	3	0.36
3. Crecimiento de la población	0.10	3	0.30
4. Nueva reglamentación en Salud para el futuro	0.09	3	0.27

5. Alto nivel de competencia en el servicio de salud	0.10	2	0.20
6. Mayor exigencia de los usuarios en la prestación de los servicios de salud.	0.12	2	0.24
7. El servicio de salud se convirtió en una industria floreciente.	0.09	3	0.27
8. La salud es promoción y prevención para la comunidad	0.12	3	0.36
9. Alianzas estratégicas con las E.P.S.	0.10	4	0.40
10. Desarrollo económico de Neiva	0.06	1	0.06
TOTAL	1.00		2.86

Fuente: Datos obtenidos por el investigador del proyecto.

5.19 MATRIZ DE PERFIL COMPETITIVO

La matriz de perfil competitivo nos muestra como se ve nuestra empresa con las demás que se establecen en el mismo ramo de trabajo. En este caso se compara el servicio de salud prestado por la actual Universidad Surcolombiana con otras entidades como: Emcosalud, la E.S.E “CARMEN EMILIA OSPINA”, Saludcoop solo por dar un punto de referencia al respecto.

Se puede concluir lo siguiente: los servicios prestados por la Universidad como institución se encuentra en desventaja debido a que en primer término la población que se atiende cambia de una entidad a otra, mientras la

Universidad solo atiende a los estudiantes, docentes y personal administrativo, las otras entidades tienen cobertura local y regional. Otro aspecto es la especialización del servicio, la universidad no tiene un record lo suficientemente amplio que destaque a nivel regional, por el contrario la E.S.E "CARMEN EMILIA OSPINA" y otras entidades cuentan con una gran especialización dentro de los servicios que ofrecen, así podemos seguir enumerando, por eso el cambio tan profundo de una entidad a otra.

El perfil competitivo de la prestación del servicio es (ver cuadro 3)

**Cuadro 3 Matriz de perfil competitivo
I.P.S. UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA**

FACTORES CLAVES DE ÉXITO	PESO	UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA		SALUDCOOP		EMCOSLAUD		E.S.E. CARMEN EMILIA	
		VALOR	SOPESADO	VALOR	SOPESADO	VALOR	SOPESADO	VALOR	SOPESADO
1. Servicio al Cliente	0.13	3	0.39	4	0.52	3	0.39	4	0.52
2. Calidad del Servicio	0.12	3	0.36	4	0.48	4	0.48	3	0.36
3. Oportunidad del servicio.	0.10	3	.30	3	0.30	3	0.30	4	0.40
4. Especialización en el servicio.	0.08	1	0.08	5	0.40	3	0.24	3	0.24
5. Lealtad del usuario.	0.08	2	0.16	4	0.32	3	0.24	3	0.24
6. Instalaciones locativas.	0.08	1	0.08	5	0.40	3	0.24	4	0.32
7. Participación en el mercado.	0.10	2	0.20	5	0.50	4	0.40	4	0.40
8. Gestion Administrativa.	0.10	2	0.20	4	0.40	3	0.30	4	0.40
9. Recurso Humano.	0.10	3	0.30	4	0.40	3	0.30	3	0.30
10. Contratación con E.P.S.	0.10	1	0.10	3	0.30	3	0.30	2	0.20
TOTAL	1.0		2.17		4.02		3.19		3.38

5.20 ANALISIS ESTRUCTURAL DEL SECTOR SALUD

Como consecuencia de la aplicación de la Ley 100 y de la puesta en marcha del nuevo Sistema General de Salud, se generaron varias consecuencias que podemos catalogar de la siguiente manera:

✚ Se busco generar un mejor servicio y por lo tanto un mayor cubrimiento a la población. El cubrimiento de la población no ha crecido tan altamente como se pensaba que fuera a darse. Del 58% en 1.992 se ha pasado al 67% en el 2002 según cifras del mismo Ministerio de Salud.

✚ . Por lo anterior las entidades del Estado colombiano se vieron en la necesidad de transformarse: consecuencia de ello fue que el Seguro Social se dividió en tres entidades que buscaban abarcar mayor cantidad de afiliados posibles, lo que genero un mayor grado de especialización y competitividad con el sector privado, consecuencia de ello es que todavía la entidad esta despidiendo empleados sobre todo en el sector administrativo por que quiere ser aún más competitiva y esta es una herramienta que ayuda más no es la totalidad para alcanzarla

✚ Por medio de acciones de tutela los usuarios al Servicio de salud del país han generado una nueva perspectiva de reconocimiento, aunque no es lo más aconsejable pero así se han dado las circunstancias. Se busca por este mecanismo que las E.P.S reconozcan a los usuarios: drogas y procedimientos quirúrgicos que no figuran dentro del P.O.S. (Plan Obligatorio de Salud), y que estas entidades afirman que como no figuran no las reconocen.

✚ Como consecuencia de dos factores: el desgüeño administrativo y la falta de recursos del Estado colombiano varias entidades de salud han tenido que cerrar sus servicios y dejar abandonados las instalaciones, todos estos usuarios se han visto en la necesidad de recurrir al sector privado porque ya no los atienden en el sector público.

✚ El sector oficial acabo con la mayor prestadora de servicios que era la Caja Nacional de Previsión, la empresa en estos momentos esta en liquidación. Solo se conservan los pensionados estatales o sus descendientes, logran servicios de los particulares pero con pagos definidos.

5.20.1 Las I.P.S. en la región huilense . Para estudiar el funcionamiento del sector salud en el departamento y en la capital, debemos ver que la misma no ha sido diferente a lo que ha ocurrido en el resto del país.

Antes que nada se debe ver la relación de las I.P.S. que existen en la región y que por lo tanto nos sirve también para ir mostrando cuales son los competidores de la I.P.S. de la Universidad Surcolombiana.

Para lo anterior hemos definido el siguiente criterio: se van a enumerar la I.P.S. tanto privadas como públicas de primer nivel que tengan influencia en la región o en Neiva específicamente, luego se definen las E.P.S. y las A.R.S. que son las surtidoras de las I.P.S. mirándolo desde el punto de vista que unos son los que afilian y otros son los que prestan el servicio.

Dentro de las I.P.S. de Primer Nivel públicas que existen se encuentran:

- ✚ En Neiva la I.P.S. “CARMEN EMILIA OSPINA” que es una entidad de la Alcaldía Municipio de Neiva.

- ✚ En los restantes municipios del departamento se encuentran los hospitales o centros de salud de cada ente territorial que se encuentran sustentados por el Estado a través del Ministerio de Protección Social.

Se exceptúan de estos los hospitales de: Garzón, La Plata y Pitalito que son entidades de Segundo Nivel.

Dentro de las I.P.S. mencionadas podemos destacar varios aspectos:

- ✚ Existen 35 entidades de primer nivel en el orden privado a nivel departamental, de las mismas 24 se encuentran en Neiva, es decir más del 68%, lo cuál indica un gran número de estas en la capital del departamento.

- ✚ Dentro de las mismas 5 se encuentran estructuradas como empresas cooperativas, y se encuentran en Neiva, 1 en Garzón.

- ✚ De las entidades de primer nivel las más reconocidas por el público consumidor se encuentran: la Cruz Roja Colombiana, y Emcosalud entidad cooperativa, que ofrece estos servicios.

- ✚ De las entidades inscritas en este ramo de la salud, 4 son instituciones que tienen por desempeño único y básico la odontología.

- ✚ 6 entidades se encuentran como fundaciones que desarrollan labores muy específicas como: rehabilitación por el consumo de drogas y el síndrome de Down.

- ✚ Las I.P.S. de los municipios desarrollan actividades de consulta externa, hospitalización, odontología y droguería básicamente. Cuentan además con el

soporte del Estado que les brinda recursos y sostenimiento de índole financiero.

- ✚ En total existen a nivel departamental: un total de 71 entidades de Primer Nivel que atienden a una población cercana a las 1.150.000 habitantes que tiene el departamento del Huila, según estimativos del DANE.
- ✚ Ahora bien tenemos que definir cuales son las E.P.S. y las A.R.S. que son las que afilian a las personas o entidades, tenemos las siguientes empresas en este ramo:

Cuadro 4. E.P.S. y A.R.S. del Departamento del Huila Año 2006.

NOMBRE ENTIDAD	CIUDAD
COOMEVA	NEIVA
SANITAS	NEIVA
I.S.S.	NEIVA
SALUDCOOP	NEIVA
COLSEGUROS	NEIVA
CAJANAL	NEIVA
HUMANA VIVIR	NEIVA
SOLSALUD	NEIVA
CAFESALUD: E.P.S. Y A.R.S.	NEIVA
CAPRECOM: E.P.S. Y A.R.S.	NEIVA
AIC: A.R.S.	NEIVA
ECOOPSOS: A.R.S.	NEIVA
ASMET SALUD: A.R.S.	NEIVA
COMFAMILIAR: A.R.S.	NEIVA
SALUD VIDA: A.R.S.	NEIVA
HUMANA VIVIR	NEIVA

Fuente: Secretaria de Salud del Huila.2006

Sin excepción alguna vemos que todas tienen su centro de operaciones en Neiva, pero el alcance de su labor es a nivel departamental. Estas entidades son las que afilian a las personas o entidades para que ingresen al : Plan Obligatorio de Salud

(P.O.S.) que son las personas que cotizan y además tienen beneficiarios en sus planes de salud o al Sisben que es para los estratos 1 y 2 según su nivel de ingresos y otras consideraciones de tipo social: como tipo de vivienda, localización, etc.

5.20.2 Informe financiero de las I.P.S. sector público. De conformidad y en cumplimiento del artículo 43 de la Ley 715 de 2001, que determina como competencias de los Departamentos, Organizar, Dirigir, Coordinar, y Administrar la red de Instituciones Prestadora de Servicios de Salud Publicas en el Departamento, y Adoptar Implementar, Administrar y Coordinar la operación en su territorio del Sistema Integral de Información en Salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Como prestar asistencia técnica, administrativa, Financiera y asesoría a los municipios e instituciones publicas que prestan servicios de salud, en su jurisdicción, y así mismo Vigilar y Controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de la Protección Social, así como las actividades que desarrollan los Municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del Sector Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes, Se presenta el siguiente informe intermedio de análisis y evaluación de la situación financiera y contable de las IPS de primer nivel del Departamento del Huila, el cual recoge actividades desarrolladas por el Área de Apoyo Técnico y Aseguramiento, en cumplimiento de su función asesora y evaluadora del sistema, acorde a lo previsto en la norma anteriormente citada y demás doctrinas contables que han surgido, junto con el Plan General de Contabilidad Publica y que forman parte del Sistema Nacional de Contabilidad Publica.

5.20.3 Actividad financiera, económica y social de las I.P.S. del sector oficial. Los ingresos de las Instituciones Publicas Prestadoras de Servicios de Salud, se originan principalmente por la venta de Servicios de Salud en todas sus esferas, ya sea de Servicios, al Plan Contributivo, Plan Subsidiado ARS, Servicios de Salud IPS Privadas, Empresas de Medicina Prepagada, Compañías Aseguradoras, Particulares, Servicios de salud IPS Publicas, Atención con Cargo al Subsidio a la Oferta, Riesgos Profesionales, y Atención Accidentes de Transito, entre otras, de la misma manera por venta de bienes y Transferencias, en ajuste a su razón de ser y con sujeción a las normas legales vigentes sobre la materia y la regulación del Ministerio de la Protección Social, la cual obedece a este ramo.

Estos recursos en concordancia con las políticas gubernamentales actuales se deben canalizar bajo los parámetros de la administración pública entre otros la eficiencia, eficacia, racionalidad, economía y de gestión social.

Los ingresos operacionales se generan por su importancia comparativa y representativa hoy por hoy, según el siguiente recuadro:

Cuadro 5. Ingresos operacionales de las I.P.S. publicas

RUBRO	%
Venta de Servicios	87.29%
Venta de Bienes	0.90%
Transferencias	11.81%
TOTAL	100%

Fuente: Secretaria de Salud del Huila.2006

Los ingresos no operacionales provienen de las partidas generadas por Otros ingresos financieros, los de tipo Extraordinario y los Ajustes de Ejercicios Anteriores, que equivalen solamente el 2.54% sobre las ventas totales.

El costo de venta, de la venta de los servicios llega al 51.25%, del total de los ingresos, esta situación denota que los costos incurridos para la prestación directa del servicios es alta, y ello sin tener en cuenta las devoluciones que representa un 0.01% del total de los ingresos.

La parte critica de los Gastos Operacionales obedece al costo de personal, esta representando un 50.12% del total de los gastos operacionales, para lo cual es recurrente revisar la planta de recurso humano actual y su necesidad entorno a su funcionamiento y cumplimiento de las metas social internas en misión y visión del las IPS, y las establecidas por el Gobierno Nacional y Departamental, en igual medida replantear los Gastos Generales, los cuales deben ser objeto de seguimiento y control pues representan un 34.40% del total de los gastos operacionales, para lo cual conjugando estos dos rubro obtenemos un porcentaje de 84.52% aproximadamente, lo que indica que es bastante diciente este valor.

Los demás Gastos no Operacionales no superan el 1.63% respecto al 100% de los ingresos totales, lo que indica que su incidencia en los resultados finales no es de gran magnitud, en estos emolumentos encontramos las provisiones para contingencias, depreciaciones de propiedades, amortización de Intangibles, otros gastos financieros, extraordinarios y ajuste de ejercicios anteriores.

El resultado final al corte del 31 de marzo de 2006, según muestran los Estados Contables arroja un excedente aproximadamente del 20.49%, pero indicando que se deben replantear los Costos y Gastos Operativos para que en el corto y mediano plazo no colapsen las finanzas de estas instituciones de primer nivel.

5.20.4 Definición de competidores potenciales . En esta área se debe observar que dentro del Nivel que se ha definido tenemos que a la I.P.S. de la Universidad Surcolombiana, tiene los siguientes competidores definidos que son y que se encuentran dentro del mismo nivel:

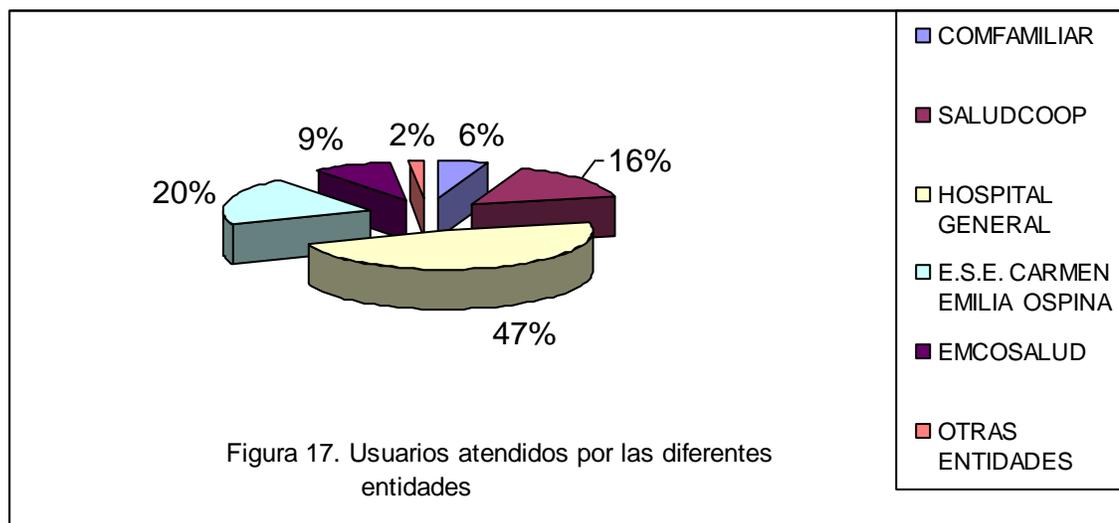
- ❖ La E.S.E “Carmen Emilia Ospina” que es de la Alcaldía del Municipio de Neiva y tiene su área de influencia en el sector norte de la capital del Huila.
- ❖ La Cruz Roja Colombiana que tiene su base de operaciones en las instalaciones del antiguo aeropuerto situado también en el norte de Neiva.
- ❖ La Empresa Cooperativa de Salud “EMCOSALUD” quien tiene una gran estructura sobre todo en el área de recuperación y convalecencia para sus afiliados.

Otro aspecto que hay que analizar es que varias de las I.P.S. de segundo y tercer nivel como son: Saludcoop, Comfamiliar, y el Seguro Social ya cuentan con sus propias clínicas y por lo tanto tienen un soporte científico y físico que les permite una mayor capacidad de manejo y de saber que tienen una integración aún mayor porque a la vez que tienen las E.P.S. y las A.R.S.

A continuación se presenta el grado de participación de las entidades más importantes en la ciudad de Neiva.

5.20.5 Diferenciación del producto. Dentro de las características que debe tener la prestación de un servicio como es el de la salud, tenemos en primer lugar que acudir a la definición del término: libre escogencia que se encuentra dentro de los principios de la Ley 100 de 1993:

Fig. 17. Usuarios atendidos por las diferentes entidades.



Fuente: Datos obtenidos por el investigador del proyecto.

5.20.6 Libre Escogencia. “Los afiliados al SGSSS tienen el derecho a la libre escogencia entre entidades administradoras y prestadoras de servicios de salud, sujeta a las posibilidades según las condiciones de la oferta de servicios.”

La diferencia en la prestación del servicio porque de eso se trata en prestar un servicio como es el de la salud, vemos que no es lo mismo que le traten a una persona una contusión por una caída de una mesa, a que le traten una enfermedad como sería la diálisis en los riñones.

Entonces todo se diferencia de la complejidad y de los alcances de los servicios que se presten, por eso la Ley al respecto es muy clara porque define radios de acción y de especialización de lo que se quiere entregar a la comunidad.

Los de Primer Nivel son servicios que se pueden orientar sin mucho espacio para las consultas y para los servicios prestados. Estos servicios básicamente son. Medicina General, Laboratorio Clínico odontología y Farmacia, entre otros.

Los de Segundo Nivel observan como es de suponer un mayor grado de complejidad, se requieren mayores equipos y sobre todo apoyo científico y de personal porque se van a definir mayores servicios que van a estar más integrados a la entidad que los presta.

Entre los servicios que se presta son: cirugía, pediatría y gineco-obstetricia. En los de tercer y cuarto Nivel la prestación de los servicios médicos se realiza con la presencia de especialistas del área de la medicina interna: cardiología, neumología, nefrología, dermatología, etc. O bien del área quirúrgica: cirugía cardiovascular, cirugía pediátrica, cirugía maxilofacial, etc. Igualmente se prestan servicios de alta complejidad, los cuales se encuentran constituido por técnicas de óptimo desarrollo tanto en el campo quirúrgico: transplantes y microcirugía, como en el campo de imágenes diagnósticas: escáner, resonancia magnética nuclear y en el campo de laboratorio clínico las técnicas de radio inmunoensayo.

5.20.7 Sustitutos. En el caso que nos ocupan los servicios de salud, se enmarca dentro del valor agregado que genera este tipo de servicio. Como es el bienestar y la calidad de vida entre las personas, porque con atención científica las personas se ven con la capacidad de trabajar, de compartir con sus familias más ratos agradables, de compartir con los amigos en fin de ser más sociables. Esto es el valor agregado que genera la salud para las personas fuera de el ámbito personal como es la capacidad de las personas de producir.

5.20.8 Fijación de precios de los servicios. Por la fijación de precios existen normas que establecen criterios claros para los mismos, al interior de las I.P.S. y de las E.P.S. las mismas se encuentran inscritas dentro del Decreto N0. 2423 de 1996: por el cuál se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario. A partir de este año las tarifas se incrementan según el índice de precios al consumidor dictaminado por el DANE. Entonces el Ministerio de Salud emite el respectivo decreto con los nuevos valores cada año teniendo en cuenta el índice de precios al consumidor y como base el decreto de 1996.

5.20.9 Propensión de los usuarios a sustituir. Los usuarios tienden a sustituir por la necesidad de encontrar entidades que si llenen sus expectativas, es decir que les presten un real y concreto servicio, que les presten un servicio con calidad científica es decir empezando que sean realmente valorados y no por salir del usuario, que la formula medica lleve al mejoramiento del paciente, que los exámenes realizados sean los requeridos para conocer de las dificultades de salud, en fin todo tiene que estar integrado de una manera que lleve al mejoramiento del paciente como el fin último de la prestación del servicio.

5.20.10 Canales de distribución. Dentro de la estrategia que han seguido las I.P.S. para llegar a los usuarios de este servicio debemos diferenciar según su tamaño y por lo tanto su forma de llegar a “encontrar” los “clientes potenciales”, veamos cuales han sido:

- I.P.S. DE PRIMER NIVEL: Estas I.P.S. como su radio de acción básicamente es reducido pues su publicidad por llamarla de alguna manera se reduce al conocimiento que el público mismo que es atendido de referencias a sus otros coterráneos de los servicios prestados. Por norma general este tipo de I.P.S. tienen un alcance pequeño de servicios o su acción se reduce a un nivel muy específico de la comunidad, ejemplo: Fundación Síndrome de Down y Fundación Antonio Maria Claret para la drogadicción. Cuando la entidad tiene un mercado mucho más abierto porque así lo establecen sus criterios entonces es la propia comunidad que va dando valor agregado al nombre de la I.P.S. Ejemplo de ello la E.S.E “Carmen Emilia Ospina” empezó siendo el centro de salud del barrio Las Granjas hoy en día es la entidad que tiene radio de acción en todo el sector norte de Neiva.
- I.P.S. DE SEGUNDO NIVEL: En este rango se encuentran como ya conocemos instituciones que tienen una mayor capacidad económica y por lo tanto su forma de llegar es ante todo con locales amplios, por ejemplo Clínica Central de Especialistas, la I.P.S. de Saludcoop solo por hablar de algunos. Estos centros de atención cuentan con una gran infraestructura científica y tecnológica así como física que permite una atención de mayor complejidad sobre un paciente, su forma de llegar al público es la remisión que hacen de otros centros de Primer Nivel que no cuentan con dichos equipos e infraestructura. Otro aspecto que hay que mirar es que las I.P.S. de esta índole cuentan o con capital humano nacional o regional de renombre y por lo tanto no se detienen en gastos de ninguna especie para lograr su objetivo.

Otro aspecto que hay que considerar es que dentro de estas instituciones algunas tienen su E.P.S.(Empresa Promotora de Salud) y cuentan además con I.P.S. de segundo nivel como es el caso de Saludcoop lo cuál trae como consecuencia una integración vertical y por lo tanto el servicio prestado es más estructurado y acorde con las necesidades del paciente.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta es que el grado de recordación por parte de estas dos entidades es alto debido a que su nombre siempre se encuentra asociado al bienestar de la familia, por ejemplo en el caso de Comfamiliar que siempre ofrece programas de recreación y cuenta con lugares para el esparcimiento de las personas. Por el contrario Saludcoop ha tenido un viraje mucho más institucional ha colocado en sus oficinas buzones para que las personas depositen sus quejas y reclamos sobre el servicio, también cuenta con pagina web en la cuál se muestran todos sus servicios y por supuesto su capacidad empresarial, se ha guiado más hacia el mantenimiento de un mercado tan grande con que cuenta, en ocasiones patrocina ciertos eventos deportivos y culturales pero su fuerte es el fortalecimiento institucional interior.

- **I.P.S. DE TERCER Y CUARTO NIVEL:** Dentro de las I.P.S. de tercer y cuarto nivel se tiene el ejemplo clásico de este tipo, es el Hospital Universitario de Neiva (Ordenanza N0. 054 /1998). Con un fundamento científico e institucional tan amplio y de tanta trayectoria que sería difícil su comparación. Como su trayectoria es tan amplia y su infraestructura permite lograr mayores servicios, su campo de acción ya no solo es la capital del departamento sino que abarca toda la región Surcolombiana.

Entonces su canal de distribución se da por su misma capacidad científica, al no haber otra institución con esas características y soporte profesional pues, las entidades de Primer Nivel y Segundo Nivel recurren a ella y también por que cuenta con criterios de costo del servicio bastante asequibles a la población media de la región Surcolombiana.

Otro aspecto es que el nivel de recordación por parte del consumidor es alto por su: antigüedad, su aspecto científico y su capacidad estructural permiten que entre el consumidor final sea fácilmente recordado y por lo tanto se adquieran sus servicios con mayor facilidad. También en esta área es vital la publicidad como medio de conocimiento para que el consumidor final conozca a la entidad y los servicios. Por ejemplo existen I.P.S. que tiene publicidad en una de las contraportadas del Directorio Telefónico del Huila y cuenta además con publicidad en el canal de televisión regional.

5.20.11 Regimenes especiales. Dentro de los regimenes especiales que se han establecido por Ley están: Las universidades que tienen régimen especial otorgado por la Ley 647 de 2001. Servidores públicos de ECOPETROL como los profesionales de la salud vinculados a esta empresa mediante contrato de trabajo; miembros de las Fuerzas Militares y Policía Nacional; personal civil que presta sus servicios en el Ministerio de Defensa, la Policía Nacional y en la Justicia Penal Militar y su Ministerio Público, como por ejemplo los profesionales de la salud vinculados al Hospital Militar y Hospital de la Policía mediante el decreto 1214 de 1990; afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio; trabajadores de las empresas que al empezar a regir la Ley 100 de 1993, estuvieran en concordato preventivo y obligatorio en el cual se hubieran pactado sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones y el Presidente de la República.

5.20.12. Problemas y oportunidades. Dentro del estudio de las I.P.S. a nivel tanto nacional como regional y local por supuesto, vemos que la implantación de las mismas es una respuesta a una nueva forma de llevar salud a la población. Con la promulgación de la Ley 100 de 1993 lo que básicamente se hizo fue quitarle al estado colombiano el prospecto de llevar salud a la población, este sector paso a manos de la división privada de la economía, como consecuencia de ello estos nuevos entes deberían contar con herramientas para desarrollar su labor.

Vemos por ejemplo que se instauró el concepto de P.O.S. (Plan Obligatorio de Salud) el cual podemos decir es la organización del servicio de salud para las personas aportantes del mismo, las que con los descuentos de Ley obtienen el servicio de salud para ellos y los beneficiarios del mismo.

Igualmente se puede decir que con la Ley 100 de 1993 se decretó la muerte jurídica tanto para el I.S.S.(Instituto de Seguros Sociales) como para la Caja Nacional de Previsión (Cajanal) que eran hasta entonces los dos grandes entes jurídicos que sustentaban la salud en Colombia. Estos organismos quedaron: el I.S.S. se dividió en dos grandes empresas que buscan desarrollar su actividad pero a partir de la implantación de criterios gerenciales dejando de lado la política como fundamento de su administración. Se buscó básicamente que cada empresa fuera competente y pudiera subsistir solo con base en su labor, hasta el momento lo que ha sido lo desarrollado es que el nuevo seguro social ha tenido que despedir una gran cantidad de empleados para mejorar su rendimiento empresarial como tal. Esperemos que esta labor se vuelva aun mas productiva en el futuro.

La Caja Nacional de Previsión por el contrario no corrió con la misma suerte, siendo la entidad destinada para la seguridad social de los empleados oficiales, la misma quiso en un principio entrar a competir en el mercado de las nuevas entidades de seguridad social y sucumbió ante el empuje de las nuevas entidades y también por que traía consigo un lastre de pésima administración y no estaba capacitada para llevar adelante dicha labor. Como consecuencia del desgreño administrativo y su nefasta influencia política en la administración, la empresa ha entrado en periodo de liquidación total, se han colocado en venta todas las instalaciones físicas que poseía, igualmente sus clínicas pasaron a la venta al mejor postor.

Por otra parte todos los afiliados o usuarios que tenía pasaron a otras entidades mientras la Caja Nacional les cancela el valor de los servicios recibidos, es decir paga a terceros por los servicios que presta a los usuarios.

Como consecuencia de la anterior disyuntiva se vio desde el año 2000 un crecimiento sin precedentes de los usuarios de las E.P.S. a costa del debilitamiento corporativo de entidades como: el I.S.S. y la Caja Nacional de Previsión. Para la muestra un botón: El número de usuarios de Saludcoop llegó a dos millones cien mil, de los cuales 1'503.409 se vincularon sólo en el año 2000, registrando un crecimiento del 116% con relación a 1999. Lo anterior se explica por que el estado colombiano implantó una estrategia que fue: en primer lugar la promulgación de la Ley 100 de 1993 que fue la puesta en marcha de la nueva estructura de salud en el país y por otra parte la promulgación de la medida que le prohibió al Seguro Social captar más usuarios, por la sanción impuesta, por lo anterior las E.P.S. más que ninguna otra entidad se vieron abocadas a ser

mayores invitadas a la repartición del pastel que era la de “conseguir” un mayor número de asociados.

Ahora bien gracias a esta “exclusividad” entregada por el estado colombiano a las E.P.S., las mismas se han ido consolidando dentro del sector salud y hoy en día tienen un mayor monopolio porque a la par que tienen la estructura para captar nuevos asociados, han ido construyendo nuevas I.P.S. lo cuál resulta como una integración vertical que lleva a un monopolio privado de la salud.

Primero era por que estábamos dentro del monopolio estatal del Seguro Social el cuál fue implantado por más de treinta años, ahora pasamos a algo peor que es el monopolio privado. Como es sabido lo único que busca es que su capital se acreciente sin ninguna medida en el menor tiempo posible. Un ejemplo de ello es que Saludcoop inauguro el 16 de enero del 2006 una I.P.S. en Neiva que tendrá las siguientes características: atenderá usuarios de primer, segundo y tercer nivel de la región Surcolombiana, consultorios para valoración, sala de reanimación, salas de observación para adultos y pediátricas, área de ayudas diagnósticas, RX, área de quimioterapia, mamografía, ecografía, farmacia, UCI adultos y área de ginecosbstericia entre otros, cuenta con 96 habitaciones individuales y 60 parqueaderos.

En vista de lo anterior, las I.P.S. del primer nivel de la ciudad de Neiva también se han visto abocadas a mejorar e integrar los servicios que llevan a la prestación de un mayor servicio. Por eso las I.P.S. de primer nivel más destacadas como son: la I.P.S. Emcosalud y la Carmen Emilia Ospina que es una I.P.S. de primer nivel pero del municipio de Neiva, han ido mejorando su estructura física y de servicios para cubrir un mayor mercado que les permita consolidarse dentro de este nivel de salud y entrar a competir con las E.P.S. de poder nacional como son: Saludcoop, Coomeva, por mencionar solo algunas.

5.20.13 Publicidad y promoción. Analizando desde el punto de vista de la publicidad y la promoción de las Instituciones Prestadoras de Salud encontramos que las de mayor difusión y por ende de mayor recordación entre el publico consumidor son las que observan un mayor poder económico por ejemplo: Comfamiliar, Saludcoop, Coomeva. Todos sin excepción cuentan con recursos suficientes para dar a conocer sus servicios: publicidad en la televisión local, patrocinio de eventos culturales y deportivos (Coomeva y Saludcoop) y por supuesto la mejor publicidad que tienen y promoción por supuesto es que cuentan con Instituciones Prestadoras de Salud propias, cuentan con organizaciones que sirven a integrar aún más el servicio que prestan al consumidor final, en este caso toda la población de Neiva y el Huila sin excepción.

La promoción en este caso de la salud es que dichas entidades cuentan con personal que esta pendiente de las novedades que haya en las empresas: personal que se retira, personal que ingresa y licencias de maternidad dentro de las mismas, lo cuál lleva a que conozcan con anticipación lo que ocurre dentro de las novedades que las empresas presentan cada día.

En conclusión vemos que la publicidad y la promoción de los servicios de salud en este caso son igualmente validas como con cualquier empresa ya sea oficial o privada. Una de las características entonces que toda empresa debe observar es que el consumidor lo conozca bien y los servicios que presta, si no lo conoce esta condenado al olvido y no puede por lo tanto crecer. Recordemos que la publicidad sirve para el conocimiento porque hay un factor importante y es que el público olvida con relativa facilidad por eso la recordación es primordial y otro aspecto a mirar es que la recordación lleva a la búsqueda de la empresa y sus servicios.

5.20.14 Planteamiento de variables externas del proyecto , Teniendo como base lo que se ha planteado hasta ahora, lo que se ha analizado y visto de todas las variables que tienen como fundamento el sector social, encontramos y hemos definido las siguientes variables y otorgado grado de importancia dentro de la misma:

5.20.15 Mayor grado de desempleo en Neiva . Del total de habitantes estimados por el Departamento Nacional de Estadísticas - DANE, para el 2004 (330.817 habitantes) aproximadamente el 66% se encuentra en edad de trabajar, de los cuales un 38% corresponde a población económicamente activa, (incluyendo cesantes y aspirantes), y un 28% de población inactiva, arrojando una tasa de desempleo que supera el 22%; es decir que alrededor de 27.656 personas se encuentran sin empleo.

De acuerdo a este marco referencial y a la información suministrada por la Cámara de Comercio, la economía municipal genera aproximadamente 26.692 empleos directos, de los cuales el sector terciario logra los mejores niveles de ocupación para la ciudad imprimiéndole una vocación comercial y de prestación de servicios, que se afecta sustancialmente en el mercado laboral (subempleo) por la migración campo-ciudad de otros municipios del departamento y regiones del país, cuyos reflejos son las ventas ambulantes las cuales existen de tiempo atrás en la ciudad, pero han proliferado en los últimos años, constituyéndose en fuente de ingresos para un número apreciable de familias.

De tal manera que la actividad de los servicios se muestra dinámica con el 37,28% del empleo y alcanza después del comercio 40,37% sus mejores niveles de absorción de mano de obra en la ciudad. Adicionalmente, el sector comercio de la ciudad de Neiva, genera el 54,8% del empleo del sector comercial del

Departamento del Huila; asimismo, el sector de servicios de Neiva, genera el 59,5% del empleo generado por éste sector en el Departamento. Sumando el empleo que genera estos dos sectores en la ciudad de Neiva, representan el 51,7% del total de empleos generados en el Departamento del Huila.

5.20.16 Disminución del presupuesto local y regional . El presupuesto del municipio de Neiva en cuanto a ingresos al término del tercer trimestre de 2005 registró un total de \$47.052 millones de pesos, inferior en 3.0% al presentado en igual lapso del 2001. Esta disminución se debió a la caída del ritmo de crecimiento en las transferencias, las cuales participaron en septiembre del año precedente con el 63.5% y pasaron a representar el 55.3% en el 2004; arrojando una variación negativa del 15.5%. De otro lado, los tributarios y no tributarios anotaron un crecimiento del 13.9% y 17.9% respectivamente.

Por otra parte, los gastos presentaron un aumento de \$17.256 millones de pesos, 32.7%, por arriba de los registrados en septiembre del año anterior, debido al aumento de los pagos de funcionamiento del 43.5%, intereses y comisiones deuda pública 102.5% y gastos en formación bruta de capital 9.2%. Esta situación se explica por la ejecución de obras inconclusas y modernización de la parte operativa de la actual administración.

5.20.17 La Salud en la región. La esperanza de vida al nacer en el departamento de Huila para 2000 -2005 fue de 70.6 en promedio, siendo mayor la esperanza de vida en las mujeres: 74.6.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- está conformado por las personas afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado. Las personas con capacidad de pago o que estén vinculadas mediante un contrato de trabajo deben pertenecer al régimen contributivo, a diferencia de las personas más pobres y vulnerables que al no tener capacidad de pago para su afiliación al SGSSS deben ser subsidiadas.

Por otra parte están las personas pobres no aseguradas al SGSSS que son aquellas sin capacidad de pago, sin vinculación laboral y que aún no están cubiertas por el régimen subsidiado las cuales tienen derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

➤ **Régimen Subsidiado:** La cobertura de afiliación, al Régimen Subsidiado de la población pobre del departamento del Huila paso del 72.7% al 78 .6% entre los años 1998 y el 2002. Esto representa un aumento de cobertura del 14% para tales años. Para el año 1998, el Departamento contaba con 261.676 personas afiliadas al Régimen Subsidiado, aumentando a 297.966 personas en el 2002.

Recursos asignados al Régimen Subsidiado 1998 -2004:

Las fuentes de financiación con las que contó el departamento del Huila para la financiación de la afiliación al Régimen Subsidiado, fueron principalmente: Las transferencias de la Nación, cuyo porcentaje de participación sobre la totalidad de las fuentes estuvo alrededor del 55% entre los años 1999 y 2001, y fue 64% en el año 2002. Por su parte los recursos de cofinanciación del Fosyga contaron con una participación del 64% para el año 1998, la cual ha ido disminuyendo a través de los años hasta llegar al 35% en el 2004.

Se contó con recursos de rentas cedidas, solamente para los años 1998, 2000 y 2004, sin embargo en este último año representaron el 10% de la totalidad de las fuentes, a diferencia del resto de los años donde su participación fue tan solo del 1.6%. Por su parte los recursos provenientes de las Cajas de Compensación representaron el 3.1 y 3.8% para los años 1999 y 2000, y los recursos de esfuerzo propio contaron con una participación del 2.3% para el año 2001.

➤ **Régimen contributivo:** Para el periodo entre abril y octubre de 2002, el departamento del Huila contaba con 194.818 personas afiliadas al Régimen Contributivo, de las cuales el 39% eran cotizantes y el 61% restante eran beneficiarios.

Para Neiva el total de cotizantes era 53.006 y el total de beneficiarios fue de 78.485, el total de personas amparadas por el régimen contributivo es de: 131.491. Ahora bien el total de cotizantes en el departamento es de 75.779 y el total de beneficiarios es de 119.039 representando con ello que Neiva tiene el 70% de los primeros y el 90.5% de los segundos, demostrándose con ello que la capital tiene un poder de convocatoria en este sentido.

5.20.18 Información general I.P.S. públicas. Todos los municipios del Huila cuentan con IPS de primer nivel, existen 4 de segundo nivel, ubicadas en los municipios de Garzón, Pitalito y La Plata, y una de tercer y cuarto nivel ubicada en Neiva, que atiende la referencia de todo el departamento.

De los 41 prestadores públicos que se encuentran en el departamento, 37 prestan servicios especialmente ambulatorios de primer nivel, 4 son hospitales de segundo nivel y uno de tercer nivel. En el siguiente cuadro se presenta la producción de 1 hospital de tercer nivel, 4 hospitales de segundo Nivel, y de 14 IPS de primer nivel que reportaron información.

Cuadro 6. Producción de servicios públicos hospitalarios.

NIVEL DE ATENCIÓN	Nº.DE HOSPITALES CON REPORTE	CAMAS	EGRESOS DE LOS HOSPITALES	% DE OCUPACIÓN	PROMEDIO DIA DE ESTANCIA
3	1	275	16.358	80 %	5.2
2	4	226	15.433	53 %	2.6
1	14	223	9.694	24 %	1.9
TOTAL	19	724	41.485		

Fuente: Secretaria de Salud del Huila.2005

5.20.19 I.P.S. Privadas del Departamento. Como ya se ha mencionado en otra parte del presente estudio, el departamento del Huila cuenta con : 71 I.P.S. de las cuales hay 34 de origen privado y 37 son de origen público.

La distribución de las I.P.S. privadas del departamento son:

Cuadro 7. Distribución de las I.P.S. del departamento.

MUNICIPIO	No. De I.P.S.
CAMPOALEGRE	3
PITALITO	1
NEIVA	24
GARZON	3
LA PLATA	2

Fuente: Secretaria de Salud del Departamento del Huila. 2005

Como vemos el 70% de las mismas se encuentra ubicado en Neiva, pero también hay que mirar que Neiva tiene el 37% de la población total del departamento, lo

cuál es muy disiente al momento de analizar el peso específico del cubrimiento de una I.P.S.

5.20.20 Integración de I.P.S. Y E.P.S.. Teniendo en cuenta que la Salud paso a un terreno en el cuál su capacidad se mide por el mayor volumen de participación en el mercado, se ha dado que las E.P.S. sobre todo del orden nacional están cubriendo las necesidades de la población, mediante la apertura de nuevas I.P.S. lo cuál lleva a una integración vertical que poco a poco a ido formando monopolio de la salud. El clásico ejemplo de ello es Saludcoop que aunque “cuenta ya en diferentes capitales con I.P.S. y E.P.S. propias su nivel de endeudamiento con los giros a la salud de nivel público es de los más altos que tiene en el país”.

Según documento de la Universidad de Antioquia titulado: “Análisis de la salud en Colombia”. Esto nos muestra que las entidades que tienen su fundamento en grandes capitales así sea llamado: “capital de todos” pues no tiene base para ello y con el transcurrir del tiempo se ha ido convirtiendo en capital común y corriente.

Lo mismo sucede con otras entidades privadas que han surgido en este último tiempo, por ejemplo: MEDILASER que busca abarcar más que todo una población de estrato cuatro (4) pues cuenta con equipos de alto nivel y también atiende personas enviadas de otras entidades de nivel uno.

5.20.21 Planteamiento de variables internas del proyecto. Para el análisis interno debemos presentar tanto las fortalezas como las debilidades que tiene el proyecto, en este caso la I.P.S. liderada por la Universidad Surcolombiana. Las mismas las podemos destacar así:

La Universidad Surcolombiana como Entidad: La Universidad Surcolombiana como entidad de educación superior que se destaca a nivel nacional, cuenta con un importante presupuesto del que busca llegar a toda la comunidad y tiene además sedes en otras ciudades como: Pitalito, La Plata y Garzón. Es la Universidad que tiene más alta cobertura en espacio geográfico y de ofrecimiento de programas académicos, pues cuenta con facultades como la de: Educación, Administración y Economía, Ingeniería solo por nombrar algunas.

Cuenta además con programas en convenio con otras instituciones como son: programas de post –grado lo que ha llevado a que la institución se haga a un nombre y aún reconocimiento, lo mismo ha traído la inquietud de mejorar los servicios, por eso la Universidad Surcolombiana tiene entre sus proyectos convertir la I.P.S. de primer nivel en la empresa líder de este genero en la capital del departamento.

6. ANALISIS ESTRATEGICO DE LA I.P.S. DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Teniendo en cuenta los factores planteados con anterioridad presentamos el Plan Estratégico de mercadeo para la prestación del servicio de Primer Nivel de la Institución Prestadora de Salud de la Universidad Surcolombiana:

- Proyección de los servicios prestados por la I.P.S.
- Matriz DOFA
- Planteamiento de los objetivos del Plan de Mercadeo.
- Planteamiento de: estrategias, tácticas, actividades e inversión requerida para el Plan de Mercadeo.

6.1 RESUMEN DEL PLAN DE MERCADEO

En esta investigación presentamos los siguientes criterios del Plan de Mercadeo para la I.P.S. de la Universidad Surcolombiana:

✚ Se presenta la Misión y la Visión de la entidad, todos sabemos que hoy en día las entidades tienen que tener trazados el horizonte sobre el cuál van a trabajar y por lo tanto no pueden dejar de lado esta consideración tan básica y necesaria para la entidad que nos ocupa.

✚ Luego se presenta la participación en el mercado de las diferentes I.P.S. y el cálculo sobre la participación que ira a tener la misma vista proyectada al año 2008.

✚ Se presentan igualmente los objetivos pero en forma cuantificada porque del costo de los mismos depende si se logra la consecución de los objetivos.

✚ Luego presentamos la Matriz de Evaluación del Factor Externo de la I.P.S. de la Universidad Surcolombiana. Allí establecemos los diferentes factores y el peso relativo que tienen dentro la estructura antes mencionada.

✚ Luego presentamos la Matriz de Perfil Competitivo en la cuál mostramos las diferentes claves de éxito comparando la I.P.S. de la Universidad Surcolombiana con las demás I.P.S. del mercado.

✚ Luego esta la Matriz de Evaluación Interna dentro de la cuál se enuncian los factores que la llevarán a un mayor posicionamiento del mercado y a destacarse en el público consumidor.

✚ Están igualmente los objetivos traducidos en cifras vistas hacia el futuro.

✚ Luego presentamos la Matriz DOFA o FADO en la cuál planteamos tanto las fortalezas, como debilidades y oportunidades, amenazas que involucran a la entidad.

✚ Tenemos el Plan de Mercadeo como tal en la cuál planteamos los objetivos que tendrá el mismo, se plantean las tácticas, las actividades, el tiempo en el cuál se va a necesitar para su implementación, el costo de cada táctica y por ultimo los recursos que se necesitaran para que el mismo se concrete.

✚ Por último presentamos el Control de Gestión y la Monitoria Estratégica del Plan, con el indicador correspondiente, quien es el responsable de llevarlo a término y quién va a ser el controlador del mismo.

6.2 PLAN DE MERCADEO DE LA I.P.S DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA:

MISIÓN : La I.P.S. de la Universidad Surcolombiana será una entidad que ofrezca a la comunidad, servicios de: medicina general, odontología, psicología, farmacia y enfermería. La prestación de estos servicios se hará con personal calificado y buscara el mejoramiento del nivel de vida de la comunidad, logrando con ello que la I.P.S. sea reconocida como una institución de seriedad y respeto.

VISIÓN: Ser en el año 2008 líder en la prestación de los servicios de medicina general, odontología, psicología, farmacia y enfermería. Estos servicios lograrán un mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad a la cual se presta el servicio, logrando con ello que la I.P.S. alcance un mayor grado de cobertura a nivel regional y nacional.

6.2.1 Historia de los servicios que se van a prestar por la I.P.S. A continuación se presenta el tamaño del mercado que será atendido por la I.P.S.:

Cuadro 8. Proyección de participación de la I.P.S. de la Universidad Surcolombiana. 2006

AÑOS	2004	2005	2006	2007	2008
TAMAÑO DEL MERCADO					\$6.394.500.000
SERVICIOS PRESTADOS	8.000	8.400	8.988	9.797	10.875
% PARTICIPACIÓN EN EL MERCADO	5.0	7.0	9.0	11.0	13.0

Fuente: Cálculos del investigador del proyecto.2006.

6.2.2 Definición de los clientes. Los clientes de la I.P.S. se determinan por la población de Neiva, el servicio de la I.P.S. puede ser solicitado por cualquier persona sin importar: edad, sexo, condición social. Para cuantificar el mercado se tomaron los siguientes datos: Para el año 2005 hay una población de 353.011 habitantes, según cálculos del Plan de Desarrollo de Neiva, hay en la actualidad 63.000 hogares. El DANE nos suministra que cada hogar en Neiva destina el 25% de sus ingresos para atender el servicio de salud. Entonces cada hogar gasta en términos monetarios la suma de \$101.500 por el número de hogares nos da \$ 6.394.500.000.

**7. PLAN ESTRATEGICO DE MERCADEO DE LA IPS DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA**

Cuadro 9. PLAN DE MERCADEO 2006

OBJETIVO 1. Lograr una participación en el mercado de prestadores de servicios de las salud del 5%

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
1. Mejoramiento de la prestación de los servicios de salud de primer nivel	1.1 Reestructurar los procesos de los servicios de salud en primer nivel.	1.1.1 Hacer un diagnóstico de los procesos actuales de prestación de servicios	Enro - Febre	4.000.000	Humanos Tecnicos Logísticos	Gerente
		1.1.2 Verificar los procesos para la prestación de servicios	Marzo- Abril			Asistente Administrativo
		1.1.3 Analizar métodos tendientes a mejorar los procesos de cada servicio.	Abril			
		1.1.4 Conformar grupos de mejoramiento de procesos para su coordinación.	Abril			
		1.1.5 Coordinar con el Jefe de calidad del servicio la recepción de quejas de usuarios, para la identificación de información en el mejoramiento de procesos.	Abril			

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PLAN DE MERCADEO 2006

Cuadro 10

OBJETIVO 1. Lograr una participación en el mercado de prestadores de servicios de las salud del 5%

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
1. Mejoramiento de la prestación de los servicios de salud de primer nivel	1.1. Reestructurar los procesos de los servicios de salud en primer nivel	1.1.6 Analizar y estructurar los procesos mejorados de prestación de servicios	Mayo - Junio		Humanos Tecnicos Logisticos	Gerente
		1.1.7 Dotar adecuada y oportunamente de los equipos y elementos necesarios para una mejor prestación del servicio	Junio			Asistente Administrativo
		1.1.8 Asignar responsabilidades para el seguimiento de cada proceso y recurso asignado.	Junio			
		1.1.9 Desarrollo e implementación del mejoramiento de procesos	Junio			

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PLAN MERCADEO 2006

Cuadro 11

OBJETIVO 1. Lograr una participación en el mercado de prestadores de servicios de las salud del 5%

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
1. Mejoramiento de la prestación de los servicios de salud de primer nivel	1.2 Capacitar al Recurso Humano en mejoramiento continuo de servicio al cliente.	1.2.1 Llevar a cabo un diagnostico de las necesidades de capacitación en servicio al cliente.	Enero	4.000.000	Humanos Tecnicos Logísticos	Gerente
		1.2.2 Realizar un plan de capacitación en servicio al cliente donde se incluya todo el personal.	Febrero			Asistente Administrativo
		1.2.3 Realizar la inducción al plan de capacitación en lugar amplio y agradable	Febrero			
		1.2.4 Delegar funciones y asignar responsabilidades y compromisos para el éxito del plan de capacitación.	Febrero			
		1.2.5 Coordinar la implantación del plan de capacitación.	Febrero a Noviembre			

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PLAN DE MERCADEO 2006

Cuadro 12

OBJETIVO 1. Lograr una participación en el mercado de prestadores de servicios de las salud del 5%

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
1. Mejoramiento de la prestación de los servicios de salud de primer nivel	1.3 Ampliación y modernización de la infraestructura de servicios en salud.	1.3.1 Determinar y evaluar proyectos de ampliación de infraestructura física para la prestación de servicios.	Enero-Febre		Humanos Tecnicos Logísticos	Gerente
		1.3.2 Contratación de servicios de ingeniería para la realización de obras de infraestructura de servicios.	Febrero			Asistente Administrativo
		1.3.3 Realización de planos para las obras de infraestructura de servicios.	Febrero			
		1.3.4 Construcción y elaboración de la infraestructura de servicios	Feb-Mar-Ab			
		1.3.5 Adquisición e instalación de equipos y elementos para servicios de salud	Mayo a Noviembre			

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PLAN DE MERCADEO 2006**

Cuadro 13

OBJETIVO 1. Lograr una participación en el mercado de prestadores de servicios de las salud del 5%

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
1. Mejoramiento de la prestación de los servicios de salud de primer nivel	1.4 Diseño del Sistema de prestación de servicios.	1.4.1 Realizar el Diagnóstico de prestación de servicios.	Enero-Febre	3.000.000	Humanos Tecnicos Logísticos	Gerente
		1.4.2 Determinar las necesidades de prestación de servicios en salud de primer nivel.	Febrero			Asistente Administrativo
		1.4.3 Ajustar y consolidar el portafolio de servicios para la atención de los usuarios.	Febre-Marz			
		1.4.4 Implantar el sistema de monitoreo y evaluación de servicios dentro de la entidad.	Marz-Abril- May-Junio			
		1.4.5 Prestación de los servicios a la comunidad usuaria.	Junio - Diciembre			
		1.4.6 Capacitación en la prestación de servicios a los trabajadores	Junio - Agos			

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PLAN DE MERCADEO 2006**

Cuadro 14

OBJETIVO 1. Lograr una participación en el mercado de prestadores de servicios de las salud del 5%

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
1. Mejoramiento de la prestación de los servicios de salud de primer nivel	1.5 Diseño del Programa de mejoramiento de procesos.	1.5.1 Identificación de los procesos de los servicios a prestar.	Enero-Febre	3.000.000	Humanos Tecnicos Logísticos	Gerente
		1.5.2 Analizar cada proceso determinando las fallas a corregir.	Febrero - Marzo			Asistente Administrativo
		1.5.3 Ajustar y consolidar los procesos mejorados para la prestación de servicios.	Marzo- Abril- Mayo			
		1.5.4 Implantar grupos de mejoramiento continuo del servicio dentro de cada dependencia de la entidad.	Mayo			
		1.5.5 Prestación de los servicios a la comunidad usuaria.	Junio - Noviembre			
		1.5.6 Capacitación en la prestación de servicios a los trabajadores.	Marzo - Septiembre			

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PLAN DE MERCADEO 2006**

Cuadro 15

OBJETIVO 1. Lograr una participación en el mercado de prestadores de servicios de las salud del 5%

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
1. Mejoramiento de la prestación de los servicios de salud de primer nivel.	1.6 Ampliar la gama de servicios en salud de primer nivel.	1.6.1 Conformar el Comité de Desarrollo de producto o servicio.	Enero	5.000.000	Humanos Tecnicos Logísticos	Gerente
		1.6.2 Hacer diagnóstico del mercado de servicios en la región.	Febrero - Marzo			Jefe de Enfermeria
		1.6.3 Definir las características del producto o servicio y perfil de los usuarios.	Abril			
		1.6.4 Elaborar proyecto de portafolio de servicios nuevos.	Abril - Mayo			
		1.6.5 Determinar requisitos de prestación de servicios nuevos e inversión en equipos.	Mayo -Agos			
		1.6.6 Lanzamiento y promoción de los nuevos servicios en salud de primer nivel.	Septiembre			

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PLAN DE MERCADEO 2006**

Cuadro 16

OBJETIVO 1. Lograr una participación en el mercado de prestadores de servicios de las salud del 5%

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
2. Capacitación del recurso humano en servicios de promoción y prevención.	2.1 Diseñar un Plan de Capacitación enfocado a la promoción y prevención.	2.1.1 Conformar el Comité de capacitación en promoción y prevención.	Enero	5.000.000	Humanos Tecnicos Logísticos	Gerente
		2.1.2 Definir las características del plan de capacitación.	Enero			Jefe de Enfermería
		2.1.3 Elaborar el Plan de Capacitación.	Marzo			
		2.1.4 Ejecutar la capacitación en promoción dirigida al personal que presta servicios de salud.	Marzo - Octubre			
		2.1.5 Evaluar la capacitación en promoción y prevención.	Noviembre			

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PLAN DE MERCADEO 2006

Cuadro 17

OBJETIVO 1. Lograr una participación en el mercado de prestadores de servicios de las salud del 5%

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
3. Capacitación del recurso humano en servicios de promoción y prevención.	3.1 Diseñar un Plan de inversiones para la adquisición de equipos con tecnología adecuada.	3.1.1 Definir los servicios que se prestarán a la comunidad conforme al portafolio de servicios.	Enero		Humanos Tecnicos Logísticos	Gerente
		3.1.2 Diagnosticar las necesidades en equipos médicos con tecnología reciente.	Enero-Febr			Jefe de Enfermeria
		3.1.3 Cotizar los equipos que se necesitan para la prestación de servicios	Marzo- Abril			
		3.1.4 Analizar las cotizaciones de equipos	Mayo			
		3.1.5 Seleccionar las cotizaciones de equipos	Junio-Julio			
		3.1.6 Adquirir los equipos para prestación de servicios.	Agosto-Septiembr.			

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PLAN DE MERCADEO 2006

Cuadro 18

OBJETIVO 1. Lograr una participación en el mercado de prestadores de servicios de las salud del 5%

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
4. Implementar una campaña publicitaria en promoción y prevención.	4.1 Elaborar el Plan de Asignación de medios publicitarios.	4.1.1 Solicitar cotizaciones a los diversos medios de comunicación.	Enero	40.000.000	Humanos Tecnicos Logísticos	Gerente
		4.1.2 Analizar y estudiar las cotizaciones.	Enero			Asistente Administrativo
		4.1.3 Seleccionar el medio publicitario más adecuado.	Enero			
		4.1.4 Elaborar el Plan de Publicidad en promoción y prevención para el periodo.	Enero			
		4.1.5 Contratar las empresas y medios seleccionados de publicidad.	Febrero			
		4.1.6 Hacer seguimiento de la publicidad contratada.	Marzo - Noviembre			
		4.1.7 Evaluar la publicidad.	Feb-Novie Diciembe			

**INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PLAN DE MERCADEO 2006**

Cuadro 19

OBJETIVO 1. Lograr una participación en el mercado de prestadores de servicios de las salud del 5%

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
4. Implementar una campaña publicitaria en prevención.	4.2 Promocionar e informar sobre el marco legal social a la comunidad universitaria.	4.2.1 Elaborar el plan de promoción dirigido a la comunidad universitaria	Enero	12.000.000	Humanos	Gerente
		4.2.2 Adelantar cursos de capacitación al personal sobre la información a promocionar	Marzo		Logísticos	Jefe de Enfermería
		4.2.3 Seleccionar los diversos mensajes de información a la comunidad.	Febrero - Marzo			
		4.2.4 Realizar visitas, utilizar carteles para promoción e información.	Marzo - Junio			
		4.2.5 Realizar charlas informativas sobre la seguridad social.	Abril - Noviembre			
		4.2.6 Diseñar y distribuir folletos, circulares, boletines que informen a la comunidad universitaria.	Abril - Noviembre			

**INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PLAN DE MERCADEO 2006**

Cuadro 20

OBJETIVO 1. Lograr una participación en el mercado de prestadores de servicios de las salud del 5%

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
5. Lanzar campaña de promoción de prestación de servicios de primer nivel de la I.P.S.	5.1 Promocionar e informar por medio de volantes boletines, folletos, los servicios de primer nivel de la I.P.S.	5.1.1 Elaborar el plan de promoción de los servicios de la I.P.S. dirigido a la comunidad universitaria.	Enero-Febre	9.000.000	Humanos	Gerente
		5.1.2 Seleccionar los diversos medios escritos para la divulgación de la información a la comunidad.	Febrero		Logísticos	Asistente Administrativo
		5.1.3 Realizar volantes, boletines y folletos para promoción e información.	Febrero - Marzo			Promotores Comerciales
		5.1.4 Utilizar carteleras para la divulgación de los medios de información.	Febrero- Junio			
		5.1.5 Realizar charlas informativas sobre los servicios ofrecidos.	Mayo - Noviembre			
		5.1.6 Distribuir folletos, circulares, boletines que informen a la comunidad universitaria sobre los servicios prestados.	Mayo - Noviembre			

**INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PLAN DE MERCADEO 2006**

Cuadro 20

OBJETIVO 1. Lograr una participación en el mercado de prestadores de servicios de las salud del 5%

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
6. Desarrollar el plan de comercialización para ampliar la cobertura de servicios de primer nivel.	6.1 Estructurar el equipo de promoción de ventas en la región.	6.1.1 Seleccionar el equipo de promoción para la comercialización de los servicios.	Enero-Febre	30.000.000	Humanos	Gerente
		6.1.2 Adelantar cursos de capacitación al personal de promoción de ventas.	Febre- Marz			Asistente Administrativo
		6.1.3 Efectuar reuniones con las E.P.S. Y las A.R.S., gremios y empresas dentro de la región.	Marzo- Junio			
		6.1.4 Realizar visitas directas a los potenciales usuarios.	Abril - Diciembre			
		6.1.5 Establecer fuentes de información y relaciones con los usuarios potenciales.	Abril - Diciembre			
		6.1.6 Establecer una base de datos para la comercialización de los servicios.	Abril - Diciembre			

**INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PLAN DE MERCADEO 2006**

Cuadro 21

OBJETIVO 1. Lograr una participación en el mercado de prestadores de servicios de las salud del 5%

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
6. Desarrollar el plan de comercialización para ampliar la cobertura de servicios de primer nivel.	6.2 Realizar alianzas estratégicas con las diversas E.P.S. de la ciudad.	6.2.1 Hacer contactos con las E.P.S.	Enero-Febre		Humanos	Gerente
		6.2.2 Solicitar citas con los gerentes de las E.P.S.	Febre- Marz			Asistente Administrativo
		6.2.3 Realizar las negociaciones con las directivas de cada E.P.S.	Marzo-Mayo			
		6.2.4 Efectuar los contratos de prestación de servicios.	Junio- Julio			
		6.2.5 Realizar la prestación de servicios a los usuarios.	Julio - Diciembre			

**INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PLAN DE MERCADEO 2006**

Cuadro 22

OBJETIVO 1. Lograr una participación en el mercado de prestadores de servicios de las salud del 5%

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
7. Aprovechar el respaldo institucional para realizar alianzas estratégicas con las E.P.S. De la Ciudad.	7.1 Crear y mejorar las relaciones comerciales con las diversas E.P.S. De la ciudad, para contratar la prestación de los servicios.	7.1.1 Diseño del plan de mejoramiento de Relaciones Comerciales con las E.P.S.	Enero		Humanos	Gerente
		7.1.2 Crear y hacer contactos con las E.P.S	Febrero		Técnico	Asistente Administrativo
		7.1.3 Solicitar citas con Gerentes de E.P.S para presentar propuesta de alianzas.	Febrero- Marzo			
		7.1.4 Realizar las negociaciones con las directivas de las E.P.S.	Marzo - Mayo			
		7.1.5 Efectuar los cotnratos de prestación de servicios.	Abril - Junio			
		7.1.6 Realizar la prestación de servicios a los usuarios afiliados a las E.P.S.	Mayo - Diciembre			

**INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PLAN DE MERCADEO 2006**

Cuadro 23

OBJETIVO 1. Lograr una participación en el mercado de prestadores de servicios de las salud del 5%

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
8. Mantener la imagen favorable para crecer en cobertura de servicios de salud.	8.1 Prestar los servicios de salud con calidad y buena atención a los usuarios.	8.1.1 Capacitar constantemente al personal en el mejoramiento de la prestación del servicio.	Enero- Noviembre		Humanos Técnico	Gerente Jefe de Enfermería
		8.1.2 Publicitar los servicios de salud que presta la I.P.S. Dentro de su radio de acción.	Febrero- Diciembre			
		8.1.3 Implementar diversos medios de promoción con carteles, volantes y plegables.	Febrero- Diciembre			
		8.1.4 Promocionar el portafolio de servicios de salud que presta la I.P.S.	Febrero- Diciembre			
		8.1.5 Brindar una atención esmerada a los usuarios del servicio.	Febrero - Diciembre			
		8.1.6 Evaluar la imagen de la Universidad en la prestación de los servicios	Marzo- Mayo- Julio Se-Nov-Dic			

**INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PLAN DE MERCADEO 2006**

Cuadro 24

OBJETIVO 2. Obtener una rentabilidad del 9% sobre los ingresos por prestación de servicios.

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
1. Buscar cofinanciación de recursos con organismos del Estado.	1.1 Reducción de costos en servicios médicos y asistenciales	1.1.1 Elaborar un presupuesto de costos.	Enero	16.000.000	Humanos	Gerente
		1.1.2 Asignación de Auditor Médico para el seguimiento de las actividades de prestación de servicios.	Febrero		Técnicos	Jefe de Enfermería
		1.1.3 Controlar los costos y gastos financieros y administrativos.	Marzo - Diciembre			
		1.1.4 Auditar las cuentas médicas recibidas por prestación de servicios.	Marzo - Diciembre			
		1.1.5 Mantener el seguimiento a los costos y los gastos.	Marzo - Diciembre			
		1.1.6 Campaña de promoción para la afiliación de usuarios.	Marzo - Diciembre			

**INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PLAN DE MERCADEO 2006**

Cuadro 25

OBJETIVO 2. Obtener una rentabilidad del 9% sobre los ingresos por prestación de servicios.

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
1. Buscar cofinanciación de recursos con organismos del Estado.	1.2 Gestionar recursos ante organismos del Ministerio de Protección y Seguridad Social para financiar las actividades de la I.P.S.	1.2.1 Elaborar un plan de gestión de recursos.	Enero		Humanos	Gerente
		1.2.2 Establecer responsabilidades en la gestión de recursos.	Febrero			Asistente Administrativo
		1.2.3 Controlar los costos y gastos financieros y administrativos.	Marzo - Diciembre			
		1.2.4 Contactar las autoridades del ramo de la salud a nivel departamental y nacional con el propósito de gestionar recursos.	Marzo - Diciembre			
		1.2.5 Mantener buenas relaciones con autoridades del Ministerio de Protección y Seguridad Social.	Marzo - Diciembre			
		1.2.6 Asignar los recursos en el desarrollo de la prestación de servicio de salud	Marzo - Diciembre			

**INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PLAN DE MERCADEO 2006**

Cuadro 26

OBJETIVO 2. Obtener una rentabilidad del 9 % sobre los ingresos por prestación de servicios.

ESTRATEGIA	TACTICA	ACTIVIDAD	TIEMPO	COSTO	RECURSO	RESPONSABLE
2. Gestionar pagos oportunos para la prestación de los servicios.	2.1 Mantener buenas relaciones con las E.P.S. de la ciudad y los organismos adscritos al Ministerio de Protección y Seguridad Social	2.1.1 Elaborar un plan de relaciones públicas con las E.P.S.	Enero		Humanos	Gerente
		2.1.2 Realizar las visitas y reuniones a los gerentes de las diversas E.P.S. De la región.	Febrero - Marzo			Asistente Administrativo
		2.1.3 Realizar el lobby a los gerentes de E.P.S. para gestionar la afiliación de usuarios y el pago de los servicios por concepto de prestación de servicios.	Marzo - Diciembre			
		2.1.4 Contactar las autoridades de la salud a nivel departamental y nacional con el propósito de gestionar pago de servicios.	Marzo - Diciembre			
		1.2.6 Mantener buenas relaciones con las autoridades del Nivel nacional	Marzo - Diciembre			

8. CONCLUSIONES

El plan de mercadeo de la I.P.S. de la Universidad Surcolombiana muestra que la Universidad Surcolombiana tiene la posibilidad de desarrollar este proyecto con la infraestructura física y con el personal científico.

El estado colombiano ha dejado la iniciativa a sectores tanto estatales como privados para lograr una mayor cobertura que es lo que en últimas instancias se busca.

La USCO deben debe llegar a la comunidad Surcolombiana para lograr una mayor cobertura.

El futuro inmediato de las instituciones sobre todo del sector salud esta en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, la Universidad Surcolombiana tiene la estructura para ofrecer estos servicios.

En términos generales la comunidad universitaria está de acuerdo con la creación de la I.P.S. de la USCO.

La Universidad Surcolombiana cuenta con alrededor de 8.000 personas que tienen la posibilidad de entrar a competir con otras I.P.S., porque muchos conocen de sus calidades y saben que el apoyo institucional esta presente en todo momento.

9. RECOMENDACIONES

El mercado debe iniciarse con los estudiantes, docentes y personal administrativo. Poco a poco se va ofreciendo a la población mayor hasta llegar a consolidarse en el plano local y regional.

La I.P.S. de la USCO puede convertirse en campo de práctica por los profesionales de la salud de la I.P.S. de la Universidad Surcolombiana.

El valor agregado del proyecto es que la Universidad en conclusión se convierta en mediano y largo plazo en una entidad que sea capaz de atender por lo menos los primeros tres niveles de atención en salud.

Se debe establecer en este proyecto por parte de la Universidad Surcolombiana un criterio evaluativo de seguimiento que coadyuve a que en el futuro se preste un mejor servicio, optimizando los ya enunciados en el proyecto y estableciendo nuevos servicios que lleven a la entidad a ser líder a nivel surcolombiano en la prestación de servicios de salud.

La Universidad Surcolombiana debe aprovechar estos insumos para la creación de la I.P.S. propia, por tanto se recomienda que divulgue con los directivos de la Universidad Surcolombiana.

BIBLIOGRAFIA

CERQUERA ESCOBAR, Luis Alberto y TORRES DE POLANIA, Teresa. Estudio de Factibilidad para la creación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Promoción y Prevención en la Universidad Surcolombiana. Neiva. USCO. 1997

CASTRO ZAMORA, Ricardo León y TORRES DE POLANIA, Teresa. Estudio de Costos para la consolidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud en la Universidad Surcolombiana. Neiva. USCO. 1998.

DEPARTAMENTO DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTAL. Anuario Estadístico del Huila, 2004.

MALAGON LONDOÑO, Gustavo. GALAN MORERA, Ricardo y PONTON LAVERDE, Gabriel. Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana. Santa fé de Bogotá: M.P, 1997.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL. Estudio de Mercadeo de Trabajo Regional para el Departamento del Huila. Diciembre de 1997.

Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993.

PLAN DE DESARROLLO DEL HUILA." HUILA UNIDO" Sector Salud. Gobernación del Huila. 2004.

PLAN DE GESTIÓN, Hospital General de Neiva. 2005.

PLAN DE DESARROLLO DE NEIVA. "UN CAMBIO DEL CIELO A LA TIERRA". Sector Salud. 2004.

PUBLICACIÓN REGISTRO MEDICO. Santa fé de Bogotá. Noviembre7 Diciembre de 1998.

REINOSO NOGALES, Flora y BARRERA, Maria Virginia. Plan Estratégico de Mercadeo para los Servicios Ambulatorios de la E.S.E. Hospital General de Neiva. Neiva: USCO, 1997.

SECRETARIA DE SALUD DEL HUILA. Perspectivas y limitaciones de la atención a los usuarios en el Huila. Neiva. 2004.

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA. La Universidad Surcolombiana Hoy. Neiva: USCO. 1995.

VILLEGAS ORREGO, Fabio. Marketing Estratégico: Modelo para elaborar su Exitoso Plan de Mercadeo. Cali: Universidad del Valle, 1996.

VILLEGAS ORREGO, Fabio y RAMIREZ PLAZAS, Elías. El Plan de Mercadeo y su aplicación en la Empresa Colombiana. Neiva. Universidad del Valle, 1998.

ANEXOS

Anexo A.		MATRIZ DOFA					
IPS		DEBILIDADES		FORTALEZAS			
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA		1. Falta de cultura de la salud entre la comunidad universitaria.		1. Apoyo institucional.			
		2. Carece de infraestructura adecuada que le permita una mejor prestación del servicio.		2. Imagen de la universidad en la región Surcolombiana			
		3. Deficiente prestación al usuario del servicio.		3. Cuenta con personal idoneo y capacitado.			
		4. Desconocimiento de la comunidad sobre los servicios de salud.		4. La entidad cuenta con respaldo financiero para llevar a término sus proyectos.			
OPORTUNIDADES		MATRIZ DO		MATRIZ FA			
1. Las personas tienen más conciencia de su salud.		1.1 Presentar programa de promoción y prevención entre la comunidad universitaria.		1.1 La universidad debe apoyar el mejoramiento de la salud en la comunidad en el primer nivel.			
2. Alianzas estratégicas con E.P.S.		2.1 Mejoramiento de los servicios prestados y la inclusión de nuevos para la comunidad.		1.2 Siendo la universidad una entidad oficial grande se le facilita las alianzas estratégicas con EPS			
3. La salud es promoción y prevención para la comunidad.		3.1 Capacitación del recurso humano en servicios promoción y prevención.		3.3 Implementar una campaña publicitaria en promoción y prevención.			
4. Crecimiento de la población de Neiva.		3.4 Lanzar campaña de promoción de prestación de servicios de primer nivel de la I.P.S.		3.4 El aumento de la población en Neiva crea mayores necesidades de IPS.			
5. Nueva reglamentación en salud para el futuro.		4.4. Programa de publicidad y mercadeo para un mejor conocimiento de los servicios prestados a la comunidad.		3.2 Imagen favorable de la USCO.			
		4.1 Desarrollar Plan de Comercialización para la cobertura de servicios de primer nivel					
AMENAZAS		MATRIZ FA		MATRIZ DO			
1. Mayor exigencia de los usuarios en servicios de salud.		3.1. Ofrecer servicios en las áreas en las cuales se cuenta con respaldo científico.		1.1. Presentar los servicios por medio de publicidad y promociones por afiliaciones.			
2. Alto nivel de competencia en servicios de salud.		4.1. Buscar cofinanciación de recursos con organismos del estado.		4.1 Mejoramiento de los servicios que se presten para acoger mayor número de usuarios.			
		4.2 Gestionar pagos oportunos por servicios		4.2 Concientizar a la comunidad sobre los servicios prestados por la IPS			

Anexo B

Cuadro No.28 . I.P.S. UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA PRESUPUESTO PLAN DE MERCADEO

CONCEPTO	%	INVERSIÓN	TOTAL
PUBLICIDAD:	20 %		20.200.000
PERIÓDICOS		8.000.000	
RADIO		8.000.000	
TELEVISIÓN		4.200.000	
PROMOCIÓN:	20 %		20.200.000
COMUNICACIÓN		10.100.000	
CAPACITACION		10.100.000	
GENERALES Y ADMINISTRATIVOS:	50%		50.500.000
PERSONAL		30.000.000	
SUMINISTROS		7.000.000	
CAPACITACION		6.000.000	
PROGRAMA DE MOTIVACIÓN		3.500.000	
PROGRAMA DE CAPACITACIÓN		2.000.000	
CONTRATACIÓN		2.000.000	
INVESTIGACIÓN DE MERCADOS	10 %		10.100.000
HONORARIOS		4.000.000	
SUMINSITROS		2.000.000	
OTROS		4.100.000	
	TOTAL		101'000.000

FUENTE: CALCULOS INVESTIGADOR DEL PROYECTO.

Anexo C

**Cuadro No. 27 I.P.S. UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
PRESUPUESTO DE PERSONAL**

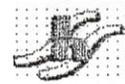
NO.	CARGO	SALARIO MENSUAL	TOTAL AÑO
1	GERENTE	\$ 1.500.000	\$ 18.000.000
1	SECRETARIA	\$500.000	\$ 6.000.000
1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	\$600.000	\$ 7.200.000
1	ASISTENTE DE SISTEMAS	\$900.000	\$ 10.800.000
1	AUXILIAR DE FARMACIA	\$ 450.000	\$ 5.400.000
1	ENFERMERA JEFE	\$600.000	\$ 14.400.000
5	MEDICOS GENERALES	\$1.200.000	\$ 86. 400.000
4	ODONTOLOGOS	\$1.200.000	\$ 10.800.000
2	AUXILIARES DE ENFERMERIA	\$450.000	\$ 5.400.000
2	AUXILIARES DE ODONTOLOGIA	\$450.000	\$ 5.400.000
1	JEFE DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	\$ 800.000	\$9.600.000
1	AUXILIAR DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.	\$ 450.000	\$5.400.000
	TOTAL		\$184.800.000

FUENTE: CALCULOS INVESTIGADOR DEL PROYECTO.

ANEXO D



GOBERNACION DEL HUILA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
DESPACHO



RESOLUCIÓN No. 700 DE 2004
(15 de julio)

Por la cual se Certifica el Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación de una
Institución Prestadora de Servicios de Salud

EL SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

De conformidad con las disposiciones previstas en la Ley 715 del 21 de Diciembre de 2001, el
Decreto No. 2309 del 15 de Octubre de 2002, Resolución No. 1439 del 1 de Noviembre de
2002, Resolución No. 486 y 1891 de 2003, Circular Externa 00015, y

CONSIDERANDO:

1. Que la Institución: UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA, presentó el Formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud el cual fue radicado en la Secretaría del Huila, el 12 de abril de 2003 y se le asignó el Código de Prestador No. 4100100422.
2. Que la Comisión Técnica de la Secretaría de Salud Departamental visitó la(s) siguiente(s) sede(s) de la IPS en la(s) fecha(s) que a continuación se señalan:

Nombre de la Sede	Sede principal
Dirección	cra 1. Avenida Pastrana
Municipio	Neiva
Fecha de la visita	28 de mayo de 2004

3. Que en la visita se pudo establecer el cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, establecidas en el Decreto 2309 de 2002 y de los estándares previstos en las Resoluciones 1439 de 2002 del Ministerio de Salud, 486 y 1891 de 2003 del Ministerio de la Protección Social para los siguientes servicios: Consulta externa en odontología, Medicina General y Psicología.

Que en consideración a lo anterior, este despacho,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Certificar el cumplimiento de las condiciones para la habilitación a la UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA, identificada en la parte motiva del presente Acto Administrativo para ofrecer y prestar los servicios que se relacionan a continuación:

Nombre de la Sede	Sede principal
Dirección	cra 1. Avenida Pastrana
Municipio	Neiva
Fecha de la visita	28 de mayo de 2004

¡EL HUILA UNIDO LLEGARA LEJOS!

*Playa de los
noques*



GOBERNACION DEL HUILA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
DESPACHO



SERVICIOS CERTIFICADOS	CODIGO
<u>Consulta externa:</u>	
Medicina General	328
Odoniología	334
Psicología	344

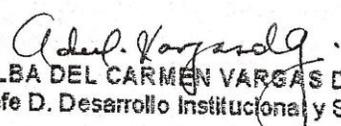
ARTÍCULO SEGUNDO: La presente resolución tendrá vigencia hasta el 11/04/2006, exclusivamente para el servicio que se relaciona en la sede relacionada en el artículo anterior, siempre y cuando se mantenga el cumplimiento de los estándares de habilitación.

ARTÍCULO TERCERO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

NOTIFÍQUESE:

Dada en Neiva (Huila), el 15 de julio de 2004.


JORGE ARTURO CORREA PERDOMO MD.
Secretario de Salud Departamental


ALBA DEL CARMEN VARGAS DE G
Jefe D. Desarrollo Institucional y S.S.

Revisado: 

¡EL HUILA UNIDO LLEGARA LEJOS!

Anexo E



Libertad y Orden

REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

ACUERDO NUMERO 0303 DE 2005

(Octubre 14)

Por el cual se ajustan unas condiciones de operación Regional del Régimen Subsidiado establecidas en los Acuerdos 294 y 300 del CNSSS

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En ejercicio de las atribuciones legales conferidas en el Artículo 212 de la Ley 100 de 1993 y,

CONSIDERANDO

Que los Acuerdos 294 y 300 del CNSSS establecen las condiciones de operación regional del Régimen Subsidiado.

Que la operación regional del régimen subsidiado iniciará a partir del 1º de noviembre de 2005, fecha en la cual las entidades territoriales tendrán conocimiento de la lista de las ARS seleccionadas en cada región de acuerdo a la resolución que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social.

Que el Acuerdo 300 del CNSSS, dispone las reglas sobre la inscripción de las ARS en los municipios estableciendo que el municipio o distrito debe incluirlas en la lista de las ARS inscritas y proceder a su publicación, en cumplimiento a lo establecido en el numeral 1º del artículo 11 del Acuerdo 244 de 2003.

Que se hace necesario establecer un plazo para que el municipio o distrito verifique las condiciones que deban cumplir las ARS en relación con el número mínimo de afiliados que tienen que acreditar en la respectiva entidad territorial.

Que dado los efectos del resultado de la verificación señalada en el considerando anterior, se hace necesario establecer un procedimiento administrativo que garantice a las ARS el cumplimiento del debido proceso y el derecho de defensa, en la decisión del municipio o distrito sobre su permanencia.

Que igualmente se hace necesario establecer expresamente una excepcionalidad a los requisitos de permanencia de las ARS en los municipios del país dada su especial naturaleza y atendiendo lo establecido en el Decreto 2716 de 2004, sobre el número

ACUERDO NUMERO 303 DE 2005

Por el cual se ajustan unas condiciones de operación Regional del Régimen Subsidiado establecidas en los Acuerdos 294 y 300 del CNSSS

mínimo de afiliados de las ARSI.

Que teniendo en cuenta que el presente Acuerdo ajusta situaciones sobre la operación regional del Régimen Subsidiado y estableciendo que en el artículo 2º del Acuerdo 300 del CNSSS, se incurrió en error de carácter caligráfico en el número del Acuerdo citado en la normativa, procede su corrección.

Que el presente Acuerdo, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 del Acuerdo 31 del CNSSS, cuenta con concepto favorable de la Oficina Jurídica del Ministerio de la Protección Social por considerarlo ajustado a las normas vigentes, el cual se anexa al acta correspondiente;

ACUERDA:

ARTICULO 1º.- INSCRIPCIÓN DE LAS ARS EN LOS MUNICIPIOS DEL PAIS.- El inciso segundo del artículo 2º del Acuerdo 300 del CNSSS quedará así: "La inscripción perderá validez si la ARS no queda seleccionada en la región o no puede operar en uno de los departamentos conforme a lo previsto en el inciso quinto del artículo 3º del acuerdo 294 del CNSSS, o no es autorizada o habilitada por la Superintendencia Nacional de Salud."

ARTICULO 2º.- INSCRIPCIÓN DE ARS- I.- A las Administradoras de Régimen Subsidiado Indígenas ARS-I seleccionadas para operar regionalmente el Régimen Subsidiado que se inscriban en un municipio o distrito, no se les aplica la verificación a que hace referencia el inciso 4º del artículo 6º del Acuerdo 294 del CNSSS, siempre y cuando las personas que la seleccionen, sean miembros de las comunidades indígenas y la libre elección se haya ajustado a los procedimientos establecidos en el Acuerdo 244 para las comunidades indígenas.

En todo caso cuando las ARS-I afilien población no indígena, respecto de esta población se dará aplicación el procedimiento para verificar los requisitos a que hace referencia el inciso 4º del artículo 6º del Acuerdo 294.

ARTICULO 3º.- PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DEL REQUISITO DE NUMERO MÍNIMO DE AFILIADOS DE LAS ARS EN LOS MUNICIPIOS.- Las ARS deben cumplir con el requisito establecido en el inciso 4º del Artículo 6º del Acuerdo 294 del CNSSS, con corte a 31 de diciembre de 2005, previa la realización del siguiente procedimiento administrativo que adelantará el municipio o distrito, así:

1.- El municipio o distrito dentro de los quince (15) días calendario del mes de Enero de 2006, procederá a la revisión del número de afiliados mínimos exigidos en el inciso 4º del Artículo 6 del Acuerdo 294 del CNSSS, con corte al 31 de diciembre de 2005.

2.- Dentro de los cinco (5) días siguientes al vencimiento del plazo señalado en el numeral anterior el municipio o distrito, mediante acto administrativo motivado y con base en el informe de revisión del número de afiliados mínimos, decidirá sobre la procedencia de permanencia de la ARS. Dicho acto administrativo será proferido por el alcalde o el director de salud del municipio o distrito y se le notificará al representante legal de la ARS, en los términos de los artículos 44 y siguientes del Código Contencioso Administrativo. Contra el mismo proceden los recursos de Ley.

3.- El acto administrativo que decide sobre la permanencia de las ARS en el municipio o distrito debe contemplar que surte efectos a partir del 1º de abril de 2006, procediendo la aplicación del artículo 7º del Acuerdo 294 del CNSSS, para los afiliados de las ARS que no cumplieron las condiciones para continuar en el municipio o distrito. Las ARS que a 31

ACUERDO NUMERO 303 DE 2005

Por el cual se ajustan unas condiciones de operación Regional del Régimen Subsidiado establecidas en los Acuerdos 294 y 300 del CNSSS

de diciembre no cumplan con lo señalado en el inciso 4º del Artículo 6 del Acuerdo 294 del CNSSS no podrán realizar afiliaciones en los meses de enero y febrero de 2006.

Artículo 4º.- Vigencia.- El presente Acuerdo rige a partir de la fecha de su publicación en el Diario Oficial y deroga las disposiciones que le sean contrarias

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dado en Bogotá, D. C., a los 14 Octubre de 2005

EDUARDO ALVARADO SANTANDER
Viceministro de Salud y Bienestar
encargado de las funciones del Despacho del
Ministro de la Protección Social
Presidente CNSSS
Secretario Técnico CNSSS

Anexo F

ENCUESTA SOBRE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD¹⁵³

2

ACION...

EN QUE GRADO HAN SIDO SATISFECHAS SUS EXPECTATIVAS Y NECESIDADES EN SALUD POR LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA?

ALTO MEDIO BAJO NS-NR

POR QUE?

COMO CALIFICA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA?

EXCELENTE BUENA REGULAR MALA NS-NR

POR QUE?

SON ADECUADAS LAS INSTALACIONES FISICAS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA?

SI NO NS-NR

POR QUE?

QUE CLASE DE SERVICIOS DE SALUD HA UTILIZADO MIENTRAS HA ESTADO VINCULADO A LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA?

QUE SERVICIOS DE SALUD LE GUSTARIA UTILIZAR MIENTRAS ESTE VINCULADO A LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA?

QUE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL UTILIZA ACTUALMENTE EN LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA?

MEDICINA GENERAL ODONTOLOGIA PROMOCION Y PREVENCIÓN URGENCIAS LABORATORIO CLINICO

CON QUE FRECUENCIA UTILIZA LOS SERVICIOS DE SALUD QUE PRESTA LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA?

DIARIO SEMANAL QUINCENAL MENSUAL BIMENSUAL NUNCA

QUE OPINION TIENE DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE PRESTA LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA A LA COMUNIDAD?

OPTIMOS BUENOS REGULARES MEDIOCRES MALOS

POR QUE?

COMO SE PUEDEN MEJORAR LOS SERVICIOS DE SALUD QUE PRESTA LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA?

CUANDO SE HA QUEJADO DEL SERVICIO DE SALUD, LE HAN SOLUCIONADO SU RECLAMO?

SI NO...POR QUE?

COMO CALIFICA LOS SERVICIOS DE SALUD DE SU ACTUAL INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD (IPS)?

LE GUSTARIA CAMBIAR DE IPS PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

SI NO

MARQUE CON UNA X LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN QUE LE GUSTARIA TOMAR A USTED Y SU FAMILIA.

- CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
- VACUNACION
- ATENCION AMBULATORIA DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA
- ATENCION AMBULATORIA DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
- PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL
- EDUCACION SEXUAL Y REPRODUCTIVA (PROMOCION DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL)
- RIESGO CARDIOVASCULAR (HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES, OBESIDAD, ALCOHOLISMO, CIGARRILLO, ESTRES)
- PREVENCIÓN DE CANCER
- OTRO. CUAL?

ANEXO F

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

ENCUESTA SOBRE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

PEDEMO EL FAVOR DE DILIGENCIAR LA PRESENTE ENCUESTA CON EL PROPOSITO DE MEDIR EL GRADO DE ACEPTACION DE LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE PRESTA LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA A LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA.

¿CÓMO VINCULO CON LA UNIVERSIDAD ES:

ESTUDIANTE PROFESOR CATEDRATICO ADMINISTRATIVO PADRE DE FAMILIA

¿SU GENERO ES:

MASCULINO FEMENINO

¿EDAD:

ENTRE 15 Y 20 ENTRE 21 Y 30 ENTRE 31 Y 45 ENTRE 46 Y 60 MAS DE 60

¿ACTUALMENTE SU NIVEL DE INGRESOS ES DE:

1 SALARIO MINIMO ENTRE 1 Y 3 S. M. ENTRE 3 Y 5 S. M. MAS DE 5 S. M.

¿ESTA USTED AFILIADO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD?

SI NO... POR QUE? _____

¿CONOCE USTED LOS SERVICIOS DE SALUD INCLUIDOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA LEY 109/93?

SI... CUALES SON? _____

NO... POR QUE? _____

¿CONOCE USTED LOS SERVICIOS DE PRIMER NIVEL INCLUIDOS EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD?

SI... CUALES SON? _____

NO... POR QUE? _____

¿ACTUALMENTE BAJO QUE REGIMEN SE ENCUENTRA AFILIADO EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD?

REGIMEN CONTRIBUTIVO REGIMEN SUBSIDIADO NINGUNO... POR QUE? _____

¿CON QUE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS) SE ENCUENTRA USTED AFILIADO?

SEGURO SOCIAL SALUDCOOP UNIMEC CAJANAL OTRA? CUAL? _____

¿CON QUE ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES (ARP) SE ENCUENTRA AFILIADO?

¿QUE INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD (IPS) LO ATIENDE EN SERVICIOS DE SALUD ACTUALMENTE?

¿QUE INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD LE GUSTARIA QUE LE PRESTARA LOS SERVICIOS?

_____ POR QUE? _____

¿CONOCE USTED LOS SERVICIOS DE SALUD QUE PRESTA LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA?

SI... CUALES SON? _____

NO... POR QUE? _____

¿COMO DESEARIA QUE FUERAN LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA IPS DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA?

COMODOS OPORTUNOS INTEGRALES ACOGEDORES OTRA, CUAL? _____

CONTINUE POR FAVOR POR EL OTRO LADO...

