

DISEÑO DE UN PLAN DE MERCADEO DE UNA EMPRESA DE CUIDADOS
DOMICILIARIOS DE ENFERMERÍA EN LOS MUNICIPIOS DE SILVIA Y
PIENDAMÓ

EDWARD MINA DELGADO

UNIVERSIDAD EAN
FACULTAD DE POSGRADOS
ESPECIALIZACION DE AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD
CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA
POPAYAN
2011

Popayán, 22 de marzo de 2012

Doctor
JORGE ERNESTO OCHOA MONTES
Director Posgrados en Salud
Universidad EAN
Ciudad.

Apreciado Doctor:

Comedidamente me permito informarle que una vez hecho el acompañamiento y revisado el Informe Final de Investigación –IFI–, elaborado por **EDWARD MINA DELGADO**, estudiantes de la especialización “**AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA**” desarrollado por la Universidad EAN en la ciudad de Popayán titulado: “**DISEÑO DE UN PLAN DE MERCADEO DE UNA EMPRESA DE CUIDADOS DOMICILIARIOS DE ENFERMERÍA EN LOS MUNICIPIOS DE SILVIA Y PIENDAMÓ**”, cumple con los requisitos técnicos, metodológicos y de rigor Investigativo establecidos en la norma ICONTEC y la “Guía estandarizada de Investigación de la EAN” y por lo tanto dicho Informe es **APROBADO**.

Cordialmente,

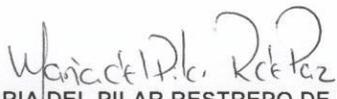

MARIA DEL PILAR RESTREPO DE PAZ
Asesor del Informe Final de Investigación

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	Pág
0. NTRODUCCION	9
1. RESUMEN	11
2. JUSTIFICACION	13
3. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA	14
	20
4. OBJETIVOS3	
4.1.OBJETIVO GENERAL	20
4.2.OBJETIVOS ESPECIFICOS	20
5. MARCO DE REFERENCIA	21
5.1.ATENCION DOMICILIARIA	21
5.1.1. Servicios de Atención Informal (AI)	22
5.1.2. Servicios de Atención Domiciliaria Pública (SAD)	22
5.1.3. Servicios de Atención a Domicilio Privadas (ADP)	22
5.2.TIPO DE CLIENTES	22
5.3.COSTOS	23
5.4.PERFIL DE MUNICIPIOS	24
5.4.1. Municipio de Silvia	24
5.4.1.1 Indicadores de salud del municipio de Silvia	28
5.4.2. Municipio de Piendamó	29
5.4.2.2 Indicadores de salud del municipio de Piendamó	33
5.5.MERCADEO	35

CONTENIDO	Pág
5.5.1. DEFINICIÓN DE MERCADEO	35
5.5.2. MERCADO	35
5.5.3. INVESTIGACION DEL MERCADO	36
5.5.3.1 Concepto	36
5.5.3.2 Variables	36
5.5.3.3 Etapas	36
5.5.3.4 Tipos.	37
5.6 DISEÑO ESTRATÉGICO	38
5.7 PLAN ESTRATEGICO	38
5.7.1. ETAPA 1.- Análisis de la situación	39
5.7.2. ETAPA 2.- Diagnóstico de la situación	40
5.7.3. ETAPA 3.- Declaración de Objetivos Corporativos	41
5.7.4. ETAPA 4.- Estrategias Corporativas	42
5.7.4.1. Definición del negocio	42
5.7.4.2. Estrategias competitivas genéricas	42
5.7.4.3. Estrategia de Crecimiento	42
5.7.4.4. Estrategia de Cartera	42
5.7.5. ETAPA 5.-Planes de Actuación	43
6. DISEÑO METODOLOGÍCO	45
6.1. TIPO DE DISEÑO	45
6.2. UNIVERSO Y MUESTRA:	45
6.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	46
6.4. CRITERIOS DE EXCLUSIONES	46
6.5. VARIABLES	46
6.6. MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	47

CONTENIDO	Pág
7. RESULTADOS	49
7.1.DISEÑO ESTRATÉGICO	49
7.1.1. NOMBRE DE LA EMPRESA	49
7.1.2. NATURALEZA JURIDICA Y TIPO DE SOCIEDAD	49
7.1.3. MISION	49
7.1.4. VISION	49
7.1.5. PORTAFOLIO DE SERVICIOS	49
7.1.6. OBJETIVOS INSTITUCIONALES	51
7.1.7. ORGANIGRAMA	52
7.1.8. . MATRIZ DOFA	53
7.1.8.1. ESTRATEGIAS Y ACCIONES DOFA	54
7.1.9. PLAN DE ACCION	57
7.2. ANALISIS FINANCIERO	60
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
9. BIBLIOGRAFIA	85

LISTA DE TABLAS

CONTENIDO	Pág.
Tabla 1: Distribución de los afiliados del régimen contributivo según sexo del Municipio de Silvia por Administradora de Planes de Beneficio	27
Tabla 2: Distribución de los afiliados del régimen subsidiado según sexo del Municipio de Silvia por Administradora de Planes de Beneficio	27
Tabla 3: Distribución de los afiliados del régimen contributivo según sexo del Municipio de Piendamó por Administradora de Planes de Beneficio	32
Tabla 4: Distribución de los afiliados del régimen subsidiado según sexo del municipio de Silvia por Administradora de Planes de Beneficio	33
Tabla 5 Matriz DOFA de CECDEN IPS	53
Tabla 6: Plan de acción de CECDEN IPS	57
Tabla 7: Facturación prevista	61
Tabla 8: Gastos iniciales	65
Tabla 9: Gastos mensuales	66
Tabla 10: Clasificación de gastos y costos.	66
Tabla 11: Amortización de obligación financiera a 5 años	67

Tabla 12: balance de instalación	69
Tabla 13: Balance del primer año	70
Tabla 14: Estado de resultados	70
Tabla 15: Flujo de Efectivo Proyectado	73
Tabla 16: Punto de equilibrio.	76
Tabla 17: Cálculo de Punto de equilibrio.	79
Tabla 18: Unidades a vender al mes para alcanzar el punto de equilibrio	81

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Estructura de la población según sexo y edad del Municipio de Silvia año 2005	26
Figura 2: Prevalencia de limitaciones permanente por grupos de edad en el Municipio de Silvia año 2005	29
Figura 3: Estructura de la población según sexo y edad del Municipio de Piendamó. Año 2005	31
Figura 4: Prevalencia de limitaciones permanentes según grupos de edad y sexo Municipio de Piendamó año 2005	36
Figura 5: Organigrama CECDEN IPS	52

0. INTRODUCCION

La estructuración del funcionamiento y la organización de las empresas que prestan servicios de atención de Enfermería deben contribuir a la optimización del trabajo del equipo que los conforman, además de favorecer el mejoramiento de la calidad de atención acorde a los desafíos planteados por la normatividad y el entorno.

La administración de servicios de Enfermería constituye un conjunto de competencias valóricas, técnicas e instrumentales, encaminados a dirigir, gestionar y desarrollar la práctica de la Enfermería, dentro de la estructura de salud de la organización.

Asimismo, es habitual reconocer los cuidados de Enfermería como una variable fundamental en el funcionamiento de los servicios de salud; se estima que más de la mitad de la respuesta de salud corresponde a actividades de Enfermería. Por tanto, la calidad de dichos cuidados tiene un impacto decisivo en la atención que proporciona el sistema de salud en su conjunto.

La Gestión de Cuidados sustenta como premisa, un trabajo realizado por el equipo de Enfermería integrado por Profesionales y Auxiliares de Enfermería. El trabajo debe ser participativo y con responsabilidades compartidas, lo anterior será indispensable para garantizar una gestión efectiva, segura, humanizada y eficiente de dichos cuidados. Para ello, El Profesional de Enfermería requiere contar con independencia en el ámbito de su ejercicio profesional, expresado en un respaldo de orden reglamentario-administrativo tal, que le permita asumir con propiedad las decisiones, funciones y acciones de enfermería y conducir su práctica en sintonía con las necesidades de salud de la comunidad.

Por lo anterior resulta sumamente importante que las organizaciones proyecten un diseño estratégico que les permita conseguir el éxito empresarial de la mejor forma, venciendo las dificultades y avanzando hacia el futuro de manera satisfactoria. El diseño estratégico se constituye en una herramienta que permite de forma racional comprender los fenómenos que se dan en una situación actual y cambiante, identificando y aprovechando sistemáticamente las oportunidades que se presentan en el entorno.

1. RESUMEN

El presente trabajo plantea la necesidad de realizar un diseño de plan de mercadeo de una empresa de cuidados domiciliarios de Enfermería en los Municipios Silvia y Piendamó. En la investigación y tal como se especificaba en los objetivos y se ve reflejado en los resultados, se planteó elaborar un plan estratégico, en el cual se logra determinar el nombre, misión, visión, naturaleza jurídica, servicios, organigrama, objetivos, DOFA y plan de acción. Los instrumentos y encuestas elaborados permitirán: determinar si las EPS y/o los usuarios están dispuestos a contratar el servicio y además de identificar la necesidad y aceptabilidad del servicio en la comunidad, la aplicación quedará para una siguiente fase además se presenta el análisis financiero y viabilidad de la empresa. De la investigación se concluye que el estudio se constituyó en una herramienta que dio fundamentación para el direccionamiento estratégico adecuado de la empresa, la propuesta puede ser financiada con los recursos del Plan Obligatorio de Salud y la propuesta es viable desde el punto de vista financiero teniendo en cuenta que el VPN es de \$ 49.828.074 en cinco años y una TIR del 24% con una tasa planteada del 15% y por tanto viable desde el punto de vista de mercadeo.

ABSTRACT

This paper discusses the need for a marketing plan design a business Nursing home care in municipalities Piendamó and Silvia. In research and as specified in the objectives and is reflected in the results, we raised a strategic plan, which is able to determine the name, mission, vision, legal nature, services, organization, objectives, DOFA and action plan. The instruments and surveys made it possible to: determine whether the EPS and / or users are willing to hire the service and also identify the need and acceptability of community service, application for a next phase will also present the financial analysis and viability. The investigation concluded that the study was based on a tool that gave justification to the appropriate strategic direction of the company, the proposal can be financed with resources from the Compulsory Health Plan and the proposal is feasible from a financial point of view tend note that the NPV is \$ 49,828,074 in five years and an TIR of 24% with a raised rate of 15% and therefore feasible from a marketing standpoint.

PALABRAS CLAVES

Cuidados domiciliarios, Enfermería, Mercadeo, diseño estratégico, análisis financiero.

2. JUSTIFICACION

La atención a domicilio¹ es una forma de cuidar en donde el entorno familiar juega un papel fundamental en la recuperación y mejoría de la salud. Entre la familia, sumados a la ley de dependencia y las diferentes ayudas que desde las comunidades autónomas poseen para la asistencia a domicilio, estos cuidados se hacen cada vez más necesarios.

En un estudio realizado en Granada, España en septiembre del 2004 de medicina interna sobre hospitalización a domicilio mostró que la atención en salud en el domicilio reduce la mortalidad y los reingresos en el hospital.

Uno de los estudios, dirigido por el doctor Francisco Rosell, coordinador del Grupo de Trabajo de Hospitalización Domiciliaria y Telemedicina de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) demuestra una mortalidad cuatro veces menor en pacientes con insuficiencia cardiaca atendidos en su casa. Así, en un ensayo en el Hospital Sagrado Corazón de Barcelona, del que el doctor Rosell es jefe del Servicio de Medicina Interna, se comprobó que a los seis meses del traslado al domicilio, habían fallecido 2 de 34 pacientes, frente a 12 de 36 en el grupo control. También en otro trabajo en pacientes con bronquitis crónica se observó que tres meses después haber sido atendidos en sus casas, los ingresos hospitalarios se habían reducido de 1,5 a 0,2 por ciento y las urgencia de 1,4 a 0,1 por ciento.

¹<http://knol.google.com/k/cap%C3%ADtulo-1-la-atenci%C3%B3n-domiciliaria#>

En un estudio de las unidades de hospitalización a domicilio de los hospitales Gregorio Marañón, de Madrid y Universitario La Fe, de Valencia publicado recientemente en Medicina Clínica se señalaban las ventajas de la hospitalización a domicilio: ausencia de infecciones nosocomiales. (Infecciones específicas del hospital), evitación de los fenómenos de "hospitalismo", disminución de los episodios de confusión mental y/o depresión en ancianos. · Mejora y humanización de la relación personal sanitario paciente, permite mayor intimidad y comodidad, además de liberalizar los horarios de actividades propias (alimentación, descanso, higiene, etc.), evita desplazamientos de los familiares al hospital, con el consiguiente ahorro económico y de tiempo, facilita la comunicación entre el personal sanitario y los familiares, Integra a la familia en el proceso curativo, promueve las actividades de educación sanitaria, facilita el acceso a los recursos de un hospital de agudos a quien realmente los necesita, incrementando la rotación enfermo-cama y reduciendo, por tanto, las listas de espera, sirve de conexión entre el hospital y atención primaria, favoreciendo la comunicación entre los profesionales de ambos niveles asistenciales.

Las empresas con enfoque de cuidado domiciliario que funcionan en las grandes ciudades ayudan a resolver un problema del cuidado hospitalario en casa en estos espacios. Sin embargo hace falta mejorar accesibilidad y oportunidad el manejo del resto de municipio y personas que viven en el área rural, situación que ayudaría a resolver las dificultades que se les presentan a este tipo de población, cuando desde los hospitales, se les da salida para que continúen sus cuidados en los hogares con el acompañamiento del personal profesional y/o técnico y que en el momento, les toca afrontar la posibilidad de ser atendidos en lugares diferentes a su vivienda, alquilando sitios o quedándose en hogares de paso, ocasionando tiempos de aislamiento de su familia, y haciendo grandes inversiones en alimentación, vivienda, transportes, etc...

Otra ventaja de la empresa en las zonas rurales o municipio donde no hay cobertura de este servicio es la generación de empleo, teniendo en cuenta que la prioridad para la asignación y la escogencia del personal técnico y/o profesional sería el más cercano al área de influencia.

3. PLANTEAMIENTO Y FORMULACION DEL PROBLEMA

La atención domiciliaria ha sido adoptada por Colombia en el Plan Obligatorio de Salud para el seguimiento integral de los pacientes con enfermedades agudas, subagudas y crónicas, además de diversas situaciones clínicas y quirúrgicas, ya sea reemplazando la internación tradicional o complementándola de tal manera que la recuperación sea más corta y en condiciones que le permitan gozar de mayor comodidad.

Según la bibliografía la atención a domicilio fue iniciada en el Hospital *Guido Montefiore* de Nueva York en 1947 por Bluestone² con la finalidad de descongestionar el hospital, encontrar un clima psicológico más favorable para el enfermo y paliar las dificultades debidas a la ausencia de seguro médico en los estratos más bajos de la sociedad. Desde entonces los hospitales han incrementado su uso y hoy existen en EE.UU. casi 3.000 agencias certificadas por la *Health Care Financing Administration* que proporcionan cuidados de rango hospitalario en el domicilio.

En Europa, la atención a domicilio se inicia en 1951 en el Hospital Tenon de París con el nombre de *hôpitalisation à domicile*³; posteriormente (1957) se creó en esta misma ciudad el *Santé Service*, una organización no gubernamental sin ánimo de lucro, que en la actualidad sigue prestando asistencia socio sanitaria a pacientes crónicos y terminales. A partir de finales de los años sesenta se ha ido implantando en diversos países con diferentes nombres: *hospital care at home* u

²Bluestone EM. The principles and practice of home care. JAMA 1954; 155:1379-82.

³Bonnema J, Van Wersch AM, Van Geel AN, Pruyn JF, Schmitz PI, Uylde Groot CA, et al. Cost of care in a randomised trial of early hospital discharge after surgery for breast cancer. Eur J Cancer 1998; 34:2015-20

hospital at home en Gran Bretaña⁴⁵, *hôpital extra-mural* en Canadá, *hospital based at home* en Suecia, *trattamento a domicilio* u *ospedalizzazione a domicilio* en Italia y *häusliche Krankenpflege* en Alemania.

En España, bajo el nombre de hospitalización a domicilio se inicia en 1981 en el Hospital Provincial de Madrid⁶, surgiendo posteriormente iniciativas similares en diversos hospitales. En 1983 se puso en marcha un plan piloto de hospitalización a domicilio en el Hospital Cruces de Barakaldo (Vizcaya), lo que supuso la primera experiencia de hospitalización a domicilio dentro de la red gestionada entonces por el Instituto Nacional de Salud (INSALUD), adquiriendo en 1986 el reconocimiento de Servicio de Hospitalización a Domicilio. Otros grandes hospitales crearon sus unidades durante los años ochenta: Virgen del Rocío en Sevilla (1984)⁷, Marqués de Valdecilla en Santander (1984)⁸, General Yagüe en Burgos (1985)⁹, Juan Canalejo en La Coruña (1987), etc. Este crecimiento fue un tanto anárquico, a expensas de proyectos individuales motivados por la saturación de los diversos hospitales y sin un plan director que unificase conceptos, criterios y dotación de estas unidades. En 1989 el Ministerio de Sanidad y Consumo patrocinó la realización de las I Jornadas de Asistencia a Domicilio en el Área de

⁴Bonnema J, Van Wersch AM, Van Geel AN, Pruyn JF, Schmitz PI, Uylde Groot CA, et al. Cost of care in a randomised trial of early hospital discharge after surgery for breast cancer. *Eur J Cancer* 1998; 34:2015-20.

⁵Caplan GA, Ward JA, Brennan NJ, Coconis J, Board N, Brown A. Hospital in the home: a randomised controlled trial. *Med J Aust* 1999; 170:156-60.

⁶Carmona López G y Pérez Romero C. Metodología para la Estimación del Coste Sanitario por Paciente en un Proceso Asistencial Integrado. Escuela Andaluza de Salud. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Granada, 2006; 1-18.

⁷Clarke A. Benefits and drawbacks of hospital at home schemes. *Prof Nurse* 1997; 12: 734-67.

⁸Coast J, Richards SH, Peters TJ, Gunnell DJ, Darlow MA, Pounsford J. Hospital at home or acute hospital care? A cost minimisation analysis. *BMJ* 1998; 316:1802-6.

⁹Donald IP, Baldwin RN, Bannerjee M. Gloucester hospital-at-home: a randomized controlled trial. *Age Ageing* 1995; 24:434-9.

Salud, en cuyas conclusiones se plasmaba por primera vez de forma oficial la necesidad de estructurar esta modalidad asistencial.

Las ventajas de este tipo de atención¹⁰ se visualizan desde un punto de vista científico-técnico en el cual se visualiza: la ausencia de infecciones nosocomiales, evitación de los fenómenos de «hospitalismo», la disminución de los episodios de confusión mental y/o depresión en ancianos. Desde un punto de vista psicosocial: mejora y humanización de la relación personal sanitario-paciente, permite mayores intimidad y comodidad, además de liberalizar los horarios de actividades propias (alimentación, descanso, higiene, etc.), evita desplazamientos de los familiares al hospital, con el consiguiente ahorro económico y de tiempo, facilita la comunicación entre el personal sanitario y los familiares, integra a la familia en el proceso curativo, promueve las actividades de educación sanitaria. Desde un punto de vista de gestión de recursos: disminuye los costes marginales por proceso, facilita el acceso a los recursos de un hospital de agudos a quien realmente los necesita, incrementando la rotación enfermo-cama y reduciendo, por tanto, las listas de espera, sirve de conexión entre el hospital y atención primaria, favoreciendo la comunicación entre los profesionales de ambos niveles asistenciales.

En la actualidad en Colombia y específicamente en el Departamento del Cauca son pocas o nulas las empresas que le brinde cobertura de cuidados domiciliarios de Enfermería a personas que viven en el área o municipios más lejanos y rurales. Teniendo en cuenta las ventajas en la recuperación, la integración de la familia en el cuidado domiciliario, el ahorro económico de las familias, ayuda del manejo del paciente que brindan este tipo de empresas y entre otras grandes ventajas, se

¹⁰ González, V., Valdivieso, B., Ruiz, V. *Hospitalización a domicilio*. Medicina Clínica 2002; 118: 659-664

hace necesario que una organización emprenda el trabajo de darle cobertura y oportunidad a esta población. Sin embargo antes de emprender esta experiencia es importante resolver las siguientes preguntas: ¿es viable la propuesta de creación de empresa de cuidados domiciliarios en términos del mercadeo?

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar de plan de mercadeo de una empresa de cuidados domiciliarios de Enfermería en los Municipios Silvia y Piendamó, teniendo en cuenta la perspectiva de las EPS y los posibles beneficiarios, con el fin de garantizar el acceso, calidad, eficiencia, eficacia, efectividad y oportunidad en este tipo de servicios a nivel urbano y rural.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Elaborar el diseño estratégico de la Empresa de cuidados domiciliarios de Enfermería y el plan financiero de la misma.
2. Diseñar los instrumentos que permitan determinar si las Empresas Promotoras de Servicios de salud (EPS) y/o los usuarios están dispuestos a contratar el servicio.
3. Diseñar los instrumentos que identifiquen la necesidad y aceptabilidad del servicio en la comunidad, en el área geográfica seleccionada.

5. MARCO DE REFERENCIA

El ejercicio de la prestación de servicios de salud domiciliarios de Enfermería están claramente normalizado en la ley 266 de 1996, por la cual se reglamenta la Profesión de Enfermería en Colombia y establece que “Los profesionales de enfermería organizarán, dirigirán, controlarán y evaluarán las instituciones, centros o unidades de enfermería que presten sus servicios especiales en el hogar, comunidad, clínicas u hospitales en las diversas áreas de atención en salud”. Este concepto fundamentaría la viabilidad de la creación de la empresa desde el punto de vista legal.

5.1. ATENCION DOMICILIARIA

La atención domiciliaria es el conjunto de actividades asistenciales, sanitarias y sociales que se desarrollan en el domicilio. Su concepción es integral y el secreto de su buen funcionamiento se basa en el adecuado desarrollo y exquisita coordinación de los recursos asistenciales que confluyen en ella.

El Acuerdo 08 de la Comisión Reguladora en Salud (CRES) en el artículo 8 define la atención domiciliaria como la atención que se brinda en el domicilio o residencia del paciente con el apoyo de profesional, técnica y/o auxiliar del área de la salud y la participación de su familia o cuidador¹¹.

¹¹GONZÁLEZ RAMALLO, Víctor José., MARTÍNEZA Bernardo Valdivieso y. RUIZ GARCÍA, Vicente, Hospitalización a domicilio, MedClinBarcelona, 2002;118(17):pag. 659-664

La atención domiciliaria se puede plantear bajo tres tipos de servicios: el realizado por la familia o informal, por el sistema público y el privado.

5.1.1. SERVICIOS DE ATENCIÓN INFORMAL (AI) este tipo de servicios no suele tener una contraprestación monetaria ya que suelen estar realizados por un familiar o conocido del enfermo de larga duración y donde hay una alta proporción de mujeres cerca de un 90% según datos de la CEPAL.

5.1.2. SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PÚBLICA (SAD) Constituye los cuidados realizados por una persona externa a la familia y que en este caso son efectuados por personal financiado con recursos de públicos.

5.1.3. SERVICIOS DE ATENCIÓN A DOMICILIO PRIVADAS (ADP): Se ofrece el mismo tipo de prestación que en el sistema público, pero en esta ocasión es la familia la que soporta el gasto y está realizado por una entidad privada¹².

La empresa de cuidados domiciliarios de Enfermería que se busca organizar se enfocará en los tipos de servicios SAD y ADP.

5.2. TIPO DE CLIENTES

Los clientes a quienes se les prestarán los servicios de salud serán de todas las edades, pudiendo ser la gran mayoría adultos mayores. Generalmente estos clientes son pacientes crónicos, que han sufrido accidentes vasculares o son víctimas de cáncer o senilidad, con un promedio de edad de aproximadamente 76 años (Santiago, 2002 información personal). Esto es confirmado por Joel (2001),

¹²RODRÍGUEZ ÁVILA Nuria, Manual de sociología gerontológica, Edición Universitaria Barcelona, 2006 pág. 129-131

quien indica que la atención domiciliaria frecuentemente es ofrecida al paciente debilitado con una condición crónica¹³.

5.3. COSTOS

Los costos de la atención prestada van de acuerdo a la condición de salud del cliente y la duración del servicio prestado. De acuerdo con Duke y Street (2003), por lo general la atención de tipo hospitalario en comparación con la domiciliaria es más costosa, y en su mayoría los gastos son cubiertos por la seguridad social. La atención domiciliaria no requiere de la maquinaria administrativa usada en el hospital. Joel (2001) informa que la atención domiciliaria redujo los costos de ciertas condiciones médicas como el cuidado de recién nacidos de bajo peso, de pacientes que requerían ventilación mecánica, en niños con tratamientos de quimioterapia, pacientes con tratamientos endovenosos y con insuficiencia cardíaca (National Association for Home Care, cita en Joel, 2001)¹⁴.

La atención domiciliaria termina siendo un derecho del paciente en la medida que tiene un soporte legal, en el acuerdo 08 del CRES de 2009, que establece en el artículo 28 “Cobertura de atención domiciliaria: la EPS podrá organizar la atención domiciliaria en su red de servicios como una modalidad de atención que beneficie al afiliado y mejore su calidad de vida, siempre y cuando se asegure la atención bajo las normas de calidad, adecuados para el caso y de acuerdo con las condiciones y contenidos del Plan Obligatorio de Salud de cada régimen”. Además el artículo 29 de mismo acuerdo establece también la atención para el paciente crónico: “el paciente crónico somático que sufre un proceso incurable, o con discapacidad que limite su acceso al servicio Intramural, previo concepto del profesional y tratante, podrá ser tratado en forma integral, con el personal

¹³ORB, Angélica. SATIANGOS, Alicia., Reseña de la Enfermería Domiciliaria: Una Perspectiva de la Atención Privada, Ciencia y enfermería *versión On-line* ISSN 0717-553, Vol.11 No.1 Concepción jun. 2005

¹⁴ORB– SATIANGOS. Op. cit. P. 5

profesional, técnico y auxiliar calificado del sector salud en su domicilio, con la participación activa del grupo familiar o su cuidador.

Según acuerdo 08 del CRES en el artículo 10 numeral 4, especifica: “En el caso de “servicios de tipo curativo para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier orden en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. En estos casos deberá brindarse terapia paliativa para el dolor y síntomas agobiantes, la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento y soporte psicológico cuando el médico lo estime necesario, siempre y cuando estén descritos en el presente acuerdo”.

Si analizamos los artículos del acuerdo 8 del CRES, mencionados en este documento, se podría concluir que la cobertura de los cuidados domiciliarios de Enfermería están garantizados por medio del Plan Obligatorio de Salud.

5.4. PERFIL DE MUNICIPIOS

5.4.1. Municipio de Silvia. El Municipio de Silvia se encuentra ubicado al Nororiente del Departamento del Cauca, Tiene una extensión de 657 Km², con una temperatura media de 15°C y una topografía fuertemente quebrada. Sus principales actividades económicas son la ganadería, la agricultura y el turismo.

Es el tercer Municipio en Colombia con la más alta población Indígena, siendo superada solo por dos: Riosucio en el Departamento de Caldas y Uribía en el Departamento de la Guajira. El Municipio de Silvia está conformado por seis grupos de población: la etnia Guambiana, la etnia Páez, la etnia Ambalueña, la etnia Quizgueña, la población campesina y la población mestiza.

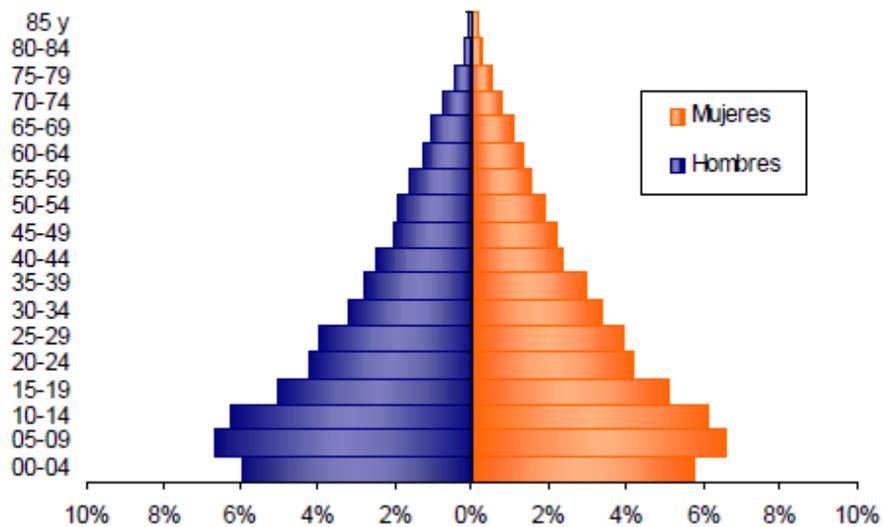
El municipio de Silvia posee seis Resguardos Indígenas legalmente constituidos y uno por legalizar “La Gaitana”. Cada pueblo Indígena posee su propia organización social y su propia cosmovisión¹⁵.

Según datos DANE 2005, del total de la población el 50% es hombre y el restante mujeres.

A continuación se relaciona la pirámide poblacional según Censo DANE para el 2005. Para el municipio de Silvia:

¹⁵Silvia-cauca.gov.co/nuestromunicipio

Figura 1: Estructura de la población según sexo y edad del Municipio de Silvia año 2005



Fuente de información: Censo DANE 2005

La pirámide poblacional nos muestra que alrededor del 80% de la población está por encima de los 15 años. El rango que predomina es el que está entre los 5 y 9 años. El rango de menos población presenta es el de 85 años¹⁶.

La siguiente tabla muestra la distribución de la población por EPS, según la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)¹⁷.

¹⁶DANE Censo 2005

¹⁷Base de Datos Única de Afiliados actualización 25 de mayo de 2011

Tabla 1: Distribución de los afiliados del régimen contributivo según sexo del Municipio de Silvia por Administradora de Planes de Beneficio

ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIO- CONTRIBUTIVO	SEXO	
	MASCULINO	FEMENINO
Coomeva E.P.S. S.A.	75	88
E.P.S. Sanitas S.A.	19	16
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	1	0
SALUDVIDA S.A .E.P.S	0	1
La Nueva EPS S.A.	43	52
Comfenalco Valle E.P.S.	19	25
EPS Servicio Occidental de Salud S.A. - EPS S.O.S. S.A.	303	218
EPS Programa Comfenalco Antioquia	1	0
	461	400

Fuente de información: Base de Datos Única de Afiliados actualización 25 de mayo de 2011

Tabla 2: Distribución de los afiliados del subsidiado según sexo del Municipio de Silvia por Administradora de Planes de Beneficio

ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIO- SUBSIDIADO	SEXO	
	MASCULINO	FEMENINO
SALUDVIDA S.A .E.P.S	1.541	1.612
Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. COOSALUD E.S.S.	4	3
Caprecom EPS	110	67
Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	1.166	1.263
MALLAMAS	8.314	8.834
Asociación Indígena del Cauca	6.177	6.398
TOTAL	17.312	18.177

Fuente de información: Base de Datos Única de Afiliados actualización 25 de mayo de 2011

En el momento existen cinco Instituciones prestadoras de servicios de salud reportadas en el registro de habilitación: Cabildo De Guambia Hospital Mama Dominga, Ese Centro I Punto De Atención Silvia, Asociación De Autoridades Indígenas Del Oriente Caucano-Ipsi Totoguampa, Fundación Huellas Sede Silvia Centro Integral De Terapia Física Y Respiratoria Kinesis L.T.D.A. Se destaca que el Hospital Mama Dominga posee tres sedes y el Centro Integral De Terapia Física Y Respiratoria Kinesis Ltda dos. De la IPS que existen en el Municipio tres son de carácter público y de estas dos, son indígenas¹⁸.

5.4.1.1 Indicadores de salud del municipio de Silvia. La tasa de fecundidad general para el departamento del Cauca es del 36.7 por cada 1.000 mujeres, para el municipio de Silvia es de 37.5. La descripción por grupo etáreo para el municipio de Silvia muestra que la tasa de fecundidad entre 10-14 años es de 1.5, de 15-19 años es de 70.3, de 20-24 es de 81.8, de 25-29 es de 62.6, de 30-34 es de 43.1, de 35-39 es de 26.9, de 40-44 es de 11.4 y de 45-49 es de 1.5.¹⁹

La tasa bruta de natalidad es de 11.9, la esperanza de vida al nacer es de 71.3 años en los hombres y 76.5 en mujeres y el total de es 73.8.

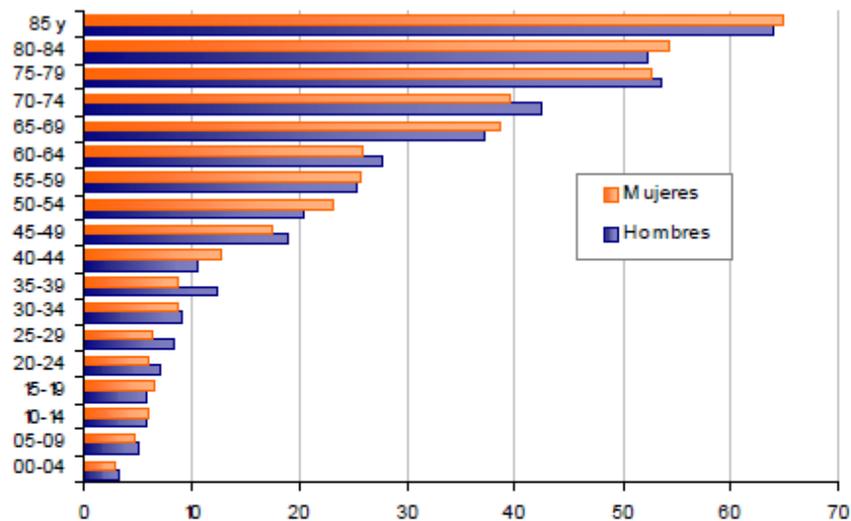
la tasa de mortalidad para el departamento del cauca es del 3.4 por cada 100.000 habitantes, para el Municipio de Silvia es del 4.2, dentro las causas de muerte están: mortalidad en menores de cinco años (excluye fetales) con una tasa de 904.6 por cada 100.000 niños, mortalidad infantil (muertes menores de un año, excluye fetales) 740.1 por cada 1000 nacidos vivos, muertes fetales 40.2 por cada 1000 nacidos vivos, cáncer de cérvix y otras partes del útero (aplica solo para

¹⁸<http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/Prestaci%C3%B3ndeServiciosdeSalud.aspx>

¹⁹Secretaria Departamental de Salud del Cauca, Mortalidad por causa-Total Departamento y por Municipios 2008

mujeres) 6.5 por cada 100.000 mujeres, cáncer de próstata (aplica solo para hombres) 6.3 por cada 100.000 hombres, cáncer de tráquea, bronquios y pulmón 3.2 por cada 100 000 habitantes, accidentes de transporte por lugar de residencia 12.8 por cada 100 000 habitantes, homicidios(incluye intervenciones de guerra y operaciones de guerra por lugar de residencia) 12.8 por cada 100 000 habitantes, suicidios por lugar de residencia 6.4 por cada 100 000 habitantes, enfermedades isquémicas del corazón 57.4 por cada 100 000 habitantes, desnutrición en menores de cinco años 30.2 por cada 100.000 niños, enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años 30.2por cada 100.000 niños, infección respiratoria aguda en menores de cinco años 60.3por cada 100.000 niños, tumores malignos 51 por cada 100 000 habitantes, tuberculosis pulmonar y extrapulmonar 6.4 por cada 100 000 habitantes.

Figura 2: Prevalencia de limitaciones permanentes por grupos de edad en el Municipio de Silvia año 2005



Fuente de información: Censo DANE 2005

En el gráfico anterior se evidencia que las limitaciones permanentes aumentan con la edad. El 60% de la población en esta condición se presenta a partir de los 30 años y el grupo etáreo con mayor cantidad de personas con limitación física es la de 85 y más años²⁰.

5.4.2. Municipio de Piendamó. *Descripción Física:* El Municipio de Piendamó se encuentra ubicado en la zona centro del Departamento del Cauca a 2° 38' latitud norte y 76° 30' longitud oeste, parte media de la región montañosa de la subcuenca del río Piendamó, sobre la vertiente occidental de la cordillera central, su cabecera Municipal está ubicada sobre la carretera panamericana a 100 Kmts de la Ciudad de Cali y 25 Kmts de la Ciudad de Popayán.

El Municipio de Piendamó es el segundo Municipio productor de café a nivel Departamental, contribuye con la economía nacional con la exportación de flores, características de sus paisajes, aptitud del uso de sus tierras y presencia institucional.

Límites del municipio:

Limita al oriente con el Municipio de Silvia, al occidente con el municipio de Morales, al norte con el Municipio de Caldono y al sur con el Municipio de Cajibío.

Extensión total: 197 Km² Km²

Extensión área urbana: 30 Km² Km²

Extensión área rural: 147 Km² Km²

Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar):

Temperatura media: 18° C

²⁰DANE. Opcit, p. 8

Distancia de referencia: 100 km de Cali²¹

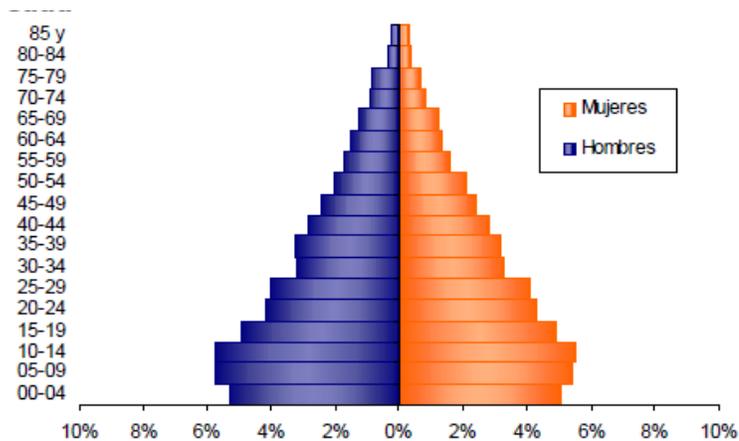
Economía: Su principal actividad es la agropecuaria, que se basa en el cultivo de Café, plátano, flores y algunos alimentos de pancojer; el comercio informal es el fuerte económico de la población del sector urbano.

Actualmente la población es de 31.086 habitantes conformada por mestizos (88.08%), indígenas Guambianos y Paeces (11.01%) y negros (0.91%)²².

Según datos DANE 2005, del total de la población el 50,5% es hombre y el 49,5% mujeres.

A continuación se relaciona la pirámide poblacional según Censo DANE para el 2005, para el Municipio de Piendamó.

Figura 3: Estructura de la población según sexo y edad del Municipio de Piendamó. Año 2005



Fuente de información: Censo DANE 2005

²¹Piendamó-cauca.gov.co/nuestromunicipio

²².Piendamó-cauca.gov.co/nuestromunicipio

La pirámide poblacional nos muestra que alrededor del 82% de la población está por encima de los 15 años. El rango que predomina es el que está entre los 5 y 9 y 10 a 14 años. El rango de menos población presenta es el de 85 años²³.

La siguiente tabla muestra la distribución de la población por EPS según la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA)²⁴.

Tabla 3: Distribución de los afiliados del régimen contributivo según sexo del Municipio de Piendamó por Administradora de Planes de Beneficio.

ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIO	SEXO	
	MASCULINO	FEMENINO
Comfenalco Valle E.P.S.	68	63
E.P.S. Saludcoop	676	687
La Nueva EPS S.A.	222	288
E.P.S. Famisanar LTDA.	1	1
E.P.S. Sanitas S.A.	560	636
EPS Servicio Occidental de Salud S.A.	365	389
Coomeva E.P.S. S.A.	242	230
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	0	1
TOTAL	2.134	2.295

Fuente de información: Base de Datos Única de Afiliados actualización 25 de mayo de 2011

²³DANE Censo 2005

²⁴Base de Datos Única de Afiliados. Opcit, p. 8

Tabla 4: Distribución de los afiliados del régimen subsidiado según sexo del municipio de Piendamó por Administradora de Planes de Beneficio.

ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIO-SUBSIDIADO	SEXO	
	MASCULINO	FEMENINO
Asociación Mutua La Esperanza ASMET SALUD	4.893	5.148
Asociación Indígena del Cauca	3.730	3.972
MALLAMAS	1.039	842
EMSSANAR E.S.S.	2.886	2.917
SALUDVIDA S.A .E.P.S	1.323	1.345
Caprecom EPS	719	808
TOTAL	14.590	15.032

Fuente de información: Base de Datos Única de Afiliados actualización 25 de mayo de 2011

En el momento existen siete Instituciones prestadoras de servicios de salud reportadas en el registro de habilitación: Ese Centro I Punto de Atención Piendamó, Asociación de Autoridades Indígenas del Oriente Caucaño-Ipsi Totoguampa, Fundación Huellas sede Piendamó, IPS Piendamó, Unidad Fisioterapeuta de Occidente LTDA, Pspcali programas de Salud Preventiva, Compulab Piendamó. Se destaca que la ESE Centro Uno posee tres sedes y Fundación Huellas dos. De las IPS que existen en el Municipio dos son de carácter público, de las cuales una es indígena²⁵..

5.4.2.2. Indicadores de salud del municipio de Piendamó. La tasa de fecundidad general para el departamento del Cauca es del 36,7 por cada 1.000 mujeres, para el municipio de Piendamó es de 37,1. La descripción por grupo etéreos para el municipio de Piendamó muestra que la tasa de fecundidad entre 10-14 años es de 3,0, de 15-19 años es de 55,2, de 20-24 es de 88,1, de 25-29 es

²⁵Minproteccionsocial, Op. Cit, p. 9

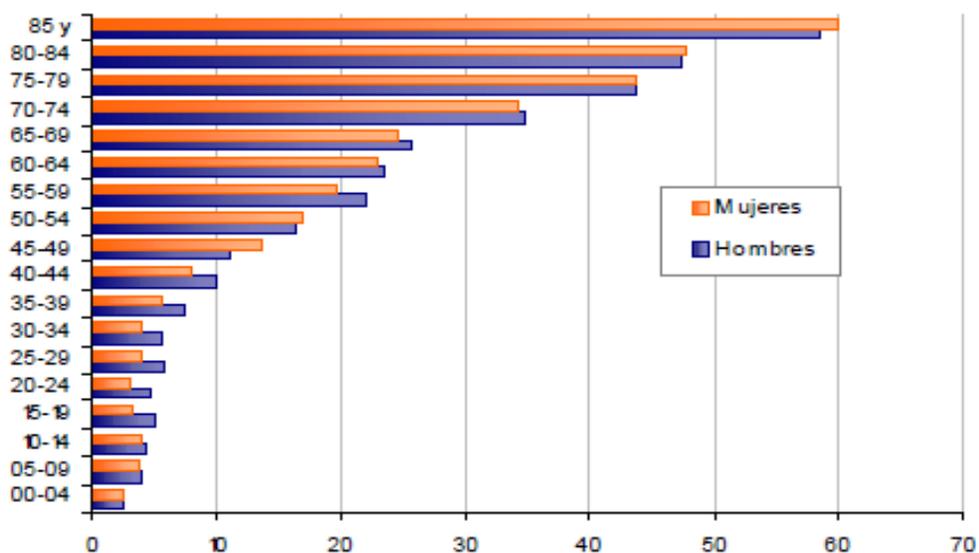
de 67,0, de 30-34 es de 42,2, de 35-39 es de 30,0, de 40-44 es de 9,9 y de 45-49 es de 2,1.²⁶

La tasa bruta de natalidad es de 11,9, la esperanza de vida al nacer es de 71.4 años en los hombres y 77.1 en mujeres y el total de es 74.2.

La tasa de mortalidad para el Departamento del Cauca es del 3,4 por cada 100.000 habitantes, para el Municipio de Piendamó es del 3,5, dentro las causas de muerte están: mortalidad en menores de cinco años (excluye fetales) con una tasa de 580 por 100.000 niños, mortalidad infantil (muertes menores de un año, excluye fetales) 348,4 por cada 1000 nacidos vivos, muertes fetales 15.4 por cada 1000 nacidos vivos, cáncer de mama 5.3 por cada 100.000 mujeres, cáncer de próstata (aplica solo para hombres) 5.1 por cada 100.000 hombres, cáncer de tráquea, bronquios y pulmón 2.6 por cada 100 000 habitantes, accidentes de transporte por lugar de residencia 18.2 por cada 100 000 habitantes, homicidios(incluye intervenciones de guerra y operaciones de guerra por lugar de residencia) 23.4 por cada 100 000 habitantes, suicidios por lugar de residencia 2.6 por cada 100 000 habitantes, enfermedades isquémicas del corazón 72.9 por cada 100 000 habitantes, enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años 26.por cada 100.000 niños, infección respiratoria aguda en menores de cinco años 26.7 por cada 100.000 niños, tumores malignos 59.9 por cada 100 000 habitantes, Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar 2.6 por cada 100 000 habitantes, VIH- SIDA 5.2 por cada 100 000 habitantes.

²⁶Secretaría Departamental de Salud del Cauca, Mortalidad por causa-Total Departamento y por Municipios 2008

**Figura 4: Prevalencia de limitaciones permanentes según grupos de edad y sexo
Municipio de Piendamó año 2005**



Fuente de información: Censo DANE 2005

En el grafico anterior se evidencia que las limitaciones permanentes aumentan con la edad. El 60% de la población en esta condición se presenta a partir de los 35 años y el grupo etareo con mayor cantidad de personas con limitación física es la de 85 y mas años²⁷

²⁷DANE. Op. cit, 8

5.5. MERCADEO

5.5.1. Definición de mercadeo. Kotler define el mercadeo como el gestionar mercados para conseguir relaciones de intercambio rentables mediante la generación de valor y mediante la satisfacción de necesidades y deseos de los consumidores²⁸.

El mercadeo se concentra sobre todo en analizar los gustos de los consumidores, pretende establecer sus necesidades y sus deseos e influir su comportamiento para que deseen adquirir los bienes ya existentes, de forma que se desarrollan distintas técnicas encaminadas a persuadir a los consumidores para que adquieran un determinado producto. La actividad del marketing incluye la planificación, organización, dirección y control de la toma de decisiones sobre las líneas de productos, los precios, la promoción y los servicios postventa²⁹.

5.5.2. Mercado. En economía, es cualquier conjunto de transacciones o acuerdos de negocios entre compradores y vendedores. En contraposición con una simple venta, el mercado implica el comercio formal y regulado, donde existe cierta competencia entre los participantes³⁰.

²⁸KOTLER Philip, AMSTRONG Gay, Marketing, Ed Prentice Hall, 2004.

²⁹Microsoft © Encarta ® 2009. © 1993-2008 Microsoft Corporation.

³⁰<http://es.wikipedia.org/wiki/Mercado>

5.5.4. Investigación del mercado.

5.5.3.1. Concepto: es una técnica en la que mediante la utilización del muestreo estadístico y a través de la encuesta, la observación y la entrevista, se obtiene información acerca de todas las variables que intervienen en la decisión de compra.

La investigación de mercados consiste recopilar, analizar e interpretar en forma sistemática los datos relevantes del mercado mediante encuestas, cuestionarios, entrevistas y la aplicación de técnicas estadísticas.

Mediante la investigación de mercados se determinan aspectos referentes a la situación actual del producto, de la competencia, y de las preferencias y necesidades de los clientes.

Existen distintos tipos de investigación de mercados y se describen a continuación: Cliente, producto, marca, competencia, mezcla de mercadeo y posicionamiento.

5.5.3.2. Variables: las variables de la investigación pueden ser:

Incontrolables: tendencias económicas, políticas y fiscales, movimientos sociales, historia, tradicionales, etc.-

Controlables: empresa, producto y mezcla de mercadeo.

Influenciables: la población y los clientes.

5.5.3.3. Etapas: La investigación de mercados se realiza mediante el método científico que comprende las siguientes etapas:

1. Determinación del problema.
2. Definición de objetivos³¹.

³¹KOTLER. Op. cit, p. 17

3. Delimitación de la población.
4. Diseño del esquema de muestreo y determinación del tamaño de la muestra.
5. Elaboración de los instrumentos de la investigación.
6. Aplicación de una prueba piloto.
7. Cuestionario definitivo.
8. Tabulación y análisis.
9. Informe de resultados.

5.5.3.4. Tipos: La investigación de mercado puede ser:

Básica: cuyo objetivo es diagnosticar la situación y aceptación del producto en el mercado.

Especial: cuando se refiere a un planteamiento específico.

Repetitiva: se realiza periódicamente para describir un fenómeno o acontecimiento.

De acuerdo con las variables a las que se dirija, la investigación puede comprender:

Análisis de la demanda: características del comprador y/o mercado, mercado potencial, segmentos, demanda, tendencias, o competencias, fortalezas, debilidades, comportamiento.

Ambiente externo: tendencias económicas, fiscales, políticas y competencia.

Lugar: puntos y canales de distribución.

Precio: elasticidad de demanda, política de precios, variaciones.

Promoción: propuesta, mezcla, efectividad de medios, etc.

Evaluación: participación, imagen, penetración de medios, etc³².

³²KOTLER. Op. cit, p. 17

5.6. DISEÑO ESTRATÉGICO

La estrategia de mercadeo(o de marketing, como se menciona comúnmente), es esencialmente un plan general que orienta y regulara todas las políticas y acciones de la empres para ese negocio, en un futuro de medio plazo (2 a 3 años) y a veces a largo plazo (5 a 10 años).

Con esta estrategia se pretende lograr resultados que generen, además de ganancias, valor socioeconómico. La idea de valor significa para la empresa o emprendimiento no solo ganar dinero con la venta de sus productos/servicios, sino además el posicionamiento de sus marcas comerciales (productos serios, ganancias, etc) y de la imagen de la empresa (responsabilidad y permanencia frente a sus consumidores).

Para esto se requiere efectuar lo que se conoce como *diseño estratégico*, por medio del cual se determina-con toda información que en este momento se dispone-un camino y los modos de entrar en el segmento del mercado que se eligen para participar de él.

5.7. PLAN ESTRATÉGICO

Para abordar correctamente el diseño de un plan estratégico es necesario profundizar en diversas etapas basadas en el análisis y en la toma de decisiones; podemos identificar dichas etapas como se detalla a continuación:

Etapas 1.- Análisis de la situación

Etapas 2.- Diagnóstico de la situación

Etapas 3.- Declaración de objetivos corporativos

Etapa 4.- Estrategias corporativas

Etapa 5.- Planes de actuación³³

Veamos detenidamente en qué consisten cada una de estas etapas.

5.7.1. ETAPA 1.- Análisis de la situación. En esta etapa se tendrá en cuenta tanto la situación externa, representada por el mercado y los competidores; así como la situación interna, es decir, las debilidades y fortalezas de las empresas.

El análisis del mercado puede resultar vital para las empresas, por lo que se analizar los diferentes tipos de competidores, formatos con los que competimos y los clientes que tenemos.

El análisis de la situación externa permitirá descubrir las oportunidades y amenazas del entorno y el mercado, sin embargo, un análisis interno permitirá descubrir las debilidades y fortalezas de la empresa.

Este tipo de análisis por lo general se realiza mediante herramientas de autodiagnóstico estratégico, las cuales ayudan a valorar si se ha tomado las decisiones estratégicas adecuadas, si se ha aplicado correctamente los planes de actuación, etc... Más concretamente, permitirá responder cuestiones como:

¿Qué objetivos se han marcado?

¿Son estos objetivos realistas, o debe de haber fijado otros más cercanos a a sus perspectivas?

¿Se ha definido correctamente la estrategia competitiva?

¿Son coherentes las estrategias de precios y de calidad de servicio?

¿Cuáles son los objetivos de rentabilidad?

¿A qué mercados se dirige?

³³ http://www.aprocom.org/axis/pdf_planes/manual_parte1.pdf

¿Es correcta la estrategia de posicionamiento en el mercado?

¿Son adecuados nuestros recursos humanos y materiales para alcanzar los objetivos marcados?

¿Es correcta la estrategia de aprovisionamiento, de forma que permita abastecer a los clientes en tiempo y en las condiciones esperadas?

¿Se están utilizando los medios de publicidad y promoción adecuados?

¿Se tiene una estrategia de venta clara y definida?

¿Se tiene en cuenta las necesidades de formación y capacitación del personal, así como la motivación y la satisfacción de sus necesidades?

5.7.2. ETAPA 2.- Diagnóstico de la situación. Es la conclusión del análisis anterior y supone la identificación de las oportunidades y amenazas que presenta el entorno así como los puntos fuertes o débiles con relación a los competidores.

Este tipo de análisis es denominado DOFA, puesto que pone de relieve:

- **D**ebilidades
- **A**menazas
- **F**ortalezas
- **O**portunidades

Las amenazas y oportunidades se derivan del análisis externo y reflejan aspectos no controlables que marcan el grado de atractivo que tiene el mercado en el que se desarrollan las empresas. Por otro lado, las fortalezas y debilidades son un reflejo del análisis interno y ponen de manifiesto aspectos controlables de ventaja o desventaja frente a los competidores.

El objetivo de este tipo de análisis es utilizar Los puntos fuertes de las empresas para aprovechar las oportunidades del mercado, de la misma forma que para reducir o eliminar las amenazas es conveniente suprimir o al menos corregir los

puntos débiles³⁴. Es mediante este tipo de actuaciones que surgen las principales decisiones estratégicas que debemos abordar en las etapas siguientes.

5.7.3. ETAPA 3.- Declaración de Objetivos Corporativos. En esta etapa se recogen las decisiones relacionadas con la razón de ser de la empresa, denominada “Misión” y con los objetivos van alcanzar, denominado “Visión”.

Naturalmente, dependerá del tamaño de la empresa minorista el grado de exigencia en la declaración de dichos objetivos, es decir, un pequeño comercio minorista puede no incluir estas decisiones en su plan estratégico y optar por realizar una declaración de intenciones informal.

Algunos de los objetivos estratégicos pudieran abordar las siguientes consideraciones:

El pequeño comercio buscará la consolidación de su negocio alcanzando un determinado nivel de rentabilidad, en vez de perseguir altas tasas de crecimiento. En este caso, la supervivencia de su negocio para por mantener las ventas a niveles actuales, o ligeramente superiores, con unos beneficios que le compensen seguir con la actividad.

La empresa de tamaño medio que apuesta por ser alguien en el sector, y por pervivir en el negocio con el mayor grado de independencia posible, debe marcarse como objetivo prioritario alcanzar la masa crítica cuanto antes para estar consolidada en el mercado. Por ello, debe crecer a tasas superiores a las de sus competidores más directos, sacrificando la rentabilidad a corto plazo.

³⁴ http://www.aprocom.org/axis/pdf_planes/manual_parte1.pdf

5.7.4. ETAPA 4.- Estrategias Corporativas. Las diferentes estrategias corporativas y funcionales que deben abordarse en un plan estratégico son las siguientes:

5.7.4.1. Definición del negocio. En este apartado deben concretarse aspectos como el tipo de necesidades que van a ser satisfechas por los establecimientos, segmentos de consumidores que van a ser atendidos, así como áreas geográficas, tecnologías que van a ser empleadas (por ejemplo venta electrónica), o la cartera de negocios.

5.7.4.2. Estrategias competitivas genéricas. En este apartado se tendrán en cuenta aspectos como la diferenciación y especialización-concentración en un segmento del mercado. Lo más habitual es el que el pequeño comercio adopte la especialización y la concentración en el cliente potencial de su zona de influencia como estrategia competitiva.

5.7.4.3. Estrategia de Crecimiento. Se definirá una estrategia de penetración en el mercado natural con el crecimiento mínimo posible y mediante desarrollo interno u orgánico.

5.7.4.4.- Estrategia de Cartera. Una vez definidas las actividades de la empresa, se concretarán todas las alternativas de negocio, de producto y de mercado.

En la estrategia de desarrollo de nuevos productos se mueve en un mercado conocido, pero que necesita una adaptación del formato a nuevos gustos o preferencias de los usuarios, o la adopción de un nuevo formato transaccional como el comercio electrónico.³⁵

³⁵³⁵ http://www.aprocom.org/axis/pdf_planes/manual_parte1.pdf

Por otro lado, en la estrategia de desarrollo de nuevos mercados, se mantienen los mismos formatos y se intenta una expansión geográfica, o la búsqueda de nuevos segmentos de clientes.

Mención aparte merecen las estrategias de segmentación y posicionamiento, pues para cada binomio producto/servicio-mercado define un segmento estratégico al que deberá dirigirse la empresa y su posicionamiento. Esto implica:

- Identificación de los diversos segmentos existentes en el mercado, es decir, el conjunto de clientes o potenciales clientes que mantienen una posición semejante en cuanto a sus percepciones de valor para un determinado producto o servicio.
- Detección del segmento más atractivo para la empresa, que sea suficientemente grande como para que recompense los esfuerzos y sea accesible y en el que se tiene ventajas competitivas.
- Determinación del posicionamiento adecuado de la empresa ante el cliente, lo cual pasa por conseguir una posición singularizada y significativa en el mercado.

5.7.5. ETAPA 5.- Planes de Actuación. La definición de las decisiones operativas es, sin duda, la fase de mayor concreción en la toma de decisiones. Es, por lo tanto, la hora de actuar.

Para ser efectiva, una estrategia debe traducirse en acciones concretas. Además, es importante asignar un responsable de supervise y ejecute los planes de acción marcados en los plazos previstos, así como asignar los recursos humanos, materiales y financieros requeridos, evaluar los costes y jerarquizar la atención y

dedicación que se debe prestar a dichos planes en función de su urgencia e importancia.

En cuanto a la naturaleza de las acciones, éstas se referirán a las estrategias funcionales más oportunas en cada caso, siendo su condición de “etapa final” del proceso de toma de decisiones una poderosa razón para respetar y reforzar el criterio fundamental seguido hasta ahora, la coherencia con lo determinado en las fases anteriores.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. TIPO DE DISEÑO:

Descriptivo prospectivo transversal.

6.2. UNIVERSO Y MUESTRA:

El universo está constituido por Empresas Promotoras de Servicios de Salud y los usuarios de dichas entidades.

La muestra de las EPS será estratificada y con el 20% de representatividad, y la de los usuarios será estratificada y por conveniencia, tomando a los usuarios que asisten al Servicio de Consulta Externa de las IPS, Fundación Huellas, Totoguampa, ESE Centro Uno Puntos de Atención Silvia y Piendamó.

Municipio de Silvia:

Población mayor de 15 años: 29.807 personas

$$Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N$$

$$n = \frac{\quad}{e^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$e^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q$$

$$2^2 \cdot 50 \cdot 50 \cdot 29.807$$

$$n = \frac{\quad}{4^2 (29.807-1) + 2^2 \cdot 50 \cdot 50}$$

$$4^2 (29.807-1) + 2^2 \cdot 50 \cdot 50$$

$$n = 612$$

Municipio de Piendamó:

Población mayor de 15 años: 27.921 personas

$$2^2 \times 50 \times 50 \times 27.921$$

$$n = \frac{\quad}{\quad}$$

$$4^2(27.921-1) \times 2^2 \times 50 \times 50$$

$$n=611$$

6.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Los usuarios mayores de 15 años, que deseen participar de la investigación.
- Las EPS deseen participar de la investigación.

6.4. CRITERIOS DE EXCLUSIONES:

- Personas con alteraciones mentales y cognitivas y que no deseen participar del estudio.
- EPS que no deseen participar del estudio.

6.5. VARIABLES.

Las variables que se emplearán en el estudio:

Variable dependiente: Empresa de cuidados domiciliarios de Enfermería.

Variable independiente: Tipo de servicios de los cuales se evaluarán los indicadores: elegibilidad, precio/costo, calidad, oportunidad, accesibilidad y las actividades, competencia, satisfacción de los usuarios por los servicios.

6.6. MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

La recolección de datos se realizará por medio de una encuesta y un cuestionario. La encuesta será aplicada a los usuarios y el cuestionario a las EPS. Estos instrumentos serán sometidos a prueba de expertos y prueba con población semejante a la muestra.

Los resultados se procesarán manualmente y con la ayuda de herramientas computacionales de Microsoft EXCEL y WORD.

6.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El estudio se rige por principios como la confidencialidad donde se guardará la identidad de las personas, con lo cual se está conservando la integridad personal, familiar y en magnitud la integridad de terceros que se puedan ver involucrados. A las personas que participen en el estudio se les explicará lo anterior y firmarán un consentimiento informado.

Se contará con la autorización de la representante de legal de las IPS, para realizar el estudio, en las instalaciones de las mismas.

7. RESULTADOS

7.1. DISEÑO ESTRATÉGICO

7.1.1. Nombre de la empresa. CECDEN IPS -Centro Cuidado Domiciliaria de Enfermería IPS

7.1.2. Naturaleza jurídica y tipo de sociedad. La Empresa será de naturaleza jurídica privada y se constituirá por medio de una Sociedad Anónima Simplificada.

7.1.3. Misión. CECDEN IPS, es una institución prestadora de servicios de salud, especializada en el Cuidado Domiciliarios de Enfermería, que presta servicios con criterios de calidad, eficiencia, eficacia, accesibilidad, oportunidad y rentabilidad, comprometida con la salud y el desarrollo de la comunidad y que cuenta con personal altamente calificado y humanizado.

7.1.4. Visión. Ser la empresa de salud líder del Departamento del Cauca, por prestar servicios de enfermería domiciliarios, teniendo en cuenta altos estándares de calidad.

7.1.5. Portafolio de servicios.

Servicios de cuidados domiciliarios

Cobertura por horas y/o días.

I. Cuidados de pacientes crónicos.

- Pacientes con enfermedades cardiovasculares, neurológicas, respiratorias, y oncológicas.
- Pacientes con Limitaciones psicomotoras.
- Pacientes en fase terminal.

II. Cuidados de pacientes agudos.

- Pacientes con enfermedades cardiovasculares, neurológicas y respiratorias y en posoperatorio

III. Realización de procedimientos:

• *Relacionados con la nutrición*

- Nutrición enteral.
- Nutrición parenteral.

• *Relacionados con la administración de medicamentos por todas las vías de acceso.*

• *Colocación, control, retiro de sondas y sistemas de drenaje.*

• *Manejo de diálisis peritoneal.*

• *Relacionado con el sistema respiratorio*

- Aspiración de secreciones.
- Nebulizaciones.
- Administración de oxígeno
- Oximetrías.

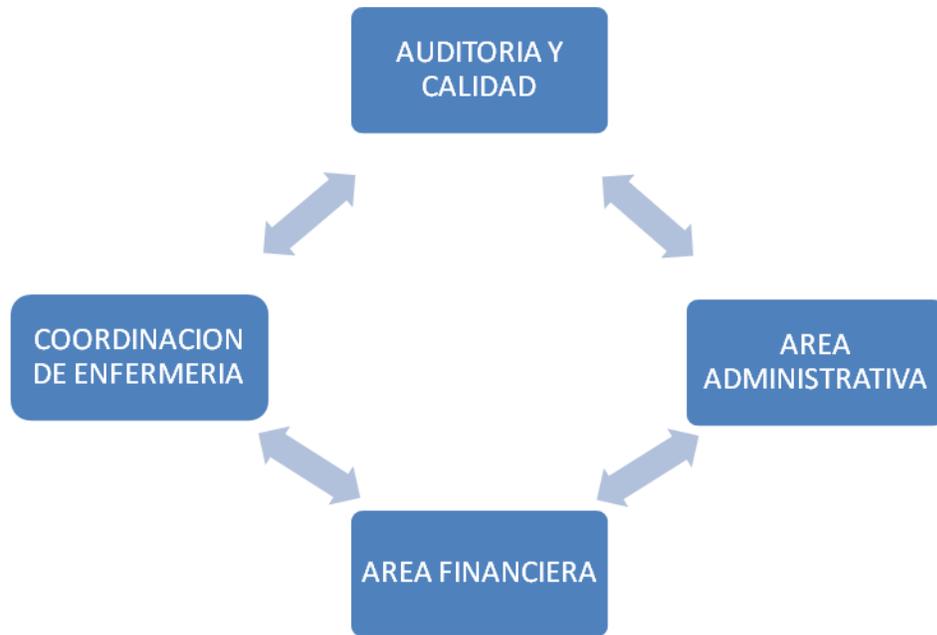
- *Relacionado con el cuidado manejo de heridas*
 - Curaciones.
- *Relacionados con el cuidado y manejo de ostomias*
Ostomías de alimentación y eliminación.

7.1.6. Objetivos institucionales

- Elaborar, ejecutar, evaluar y controlar planes de gestión de la empresa, anual, semestral y mensual.
- Elaborar, ejecutar, evaluar y controlar un plan de financiero, que incluya gestión de cartera, análisis de gastos, determinación de rentabilidad y liquidez, entre otras
- Realizar estudios de comportamiento de mercado periódicamente.
- Crear y medir indicadores de efectividad, eficacia, eficiencia, oportunidad, accesibilidad y calidad.
- Incluir dentro de la política de calidad, la seguridad del paciente.
- Determinar constante las necesidades de prestación de servicios en la comunidad, de tal manera que permita la innovación constante de los servicios.
- Gestionar, operativizar y evaluar el Sistema Único de habilitación y acreditación, en la empresa.

7.1.7. ORGANIGRAMA

Figura 5: Organigrama CECDEN IPS



7.1.8. Matriz DOFA de la CECDEN IPS

Tabla 5 Matriz DOFA de CECDEN IPS

<p>MATRIZ DOFA</p>	<p>FORTALEZAS F1. Recurso capacitado y comprometido. F2. Procesos administrativos y financieros adecuados. F3. Disponibilidad de personal técnico. F4. Personal administrativo con experiencia en el área. F5. Proyección de Acreditación del servicio.</p>	<p>DEBILIDADES D1. Ser una empresa nueva, que entra a competir con entidades ya establecidas</p>
<p>OPORTUNIDADES O1. IPS que brindan servicios de una manera deficiente. O2. Mercado poco explotado en el área de influencia. O3. Fuente de financiación a través del Plan Obligatorio de Salud. O4. Necesidad el servicio en el área de influencia. O5. Posibilidad de realizar alianzas estratégicas. O6. Normatividad cambiante. O7. Financiación de proyecto por parte del estado. O8. Personal de Auxiliares de Enfermería abundante, quienes viven en las veredas. O9. Inconformidad de la comunidad con el servicio prestado por algunas instituciones de salud.</p>	<p>F1.F2.O1.O8. Selección de personal para la atención, preferiblemente del área geográfica. F2.O1.O2. Realizar seguimiento a la competencia mediante estudios de mercadeo F2.F4.O3.O7. buscar financiación del proyecto por parte de instituciones estatales. F2.F4.O1. Autoevaluación constante de la calidad del servicio. O1.F5. Gestión del proceso de Acreditación. F2.O2.O3. Gestión de Contrato de régimen subsidia y contributivo. F4.O9. Implementación de un Sistema de Evaluación de satisfacción y necesidad de los usuarios constantemente. F4.O1.O2.O6. Elaboración de un plan de calidad acorde con las políticas de las políticas de la organización, servicios y normatividad vigente. F4.O1.O2.O6 Gestión del sistema de Acreditación de lo organización. F4.O3.O2. Análisis financiero mensual. F2.F4. O4.O6. Evaluación constante de la Misión, la visión y objetivos de la empresa. F2.F4. O4.O6 Análisis constante de costos de la prestación de los servicios.</p>	<p>D1.O1.O2.O3. Crear un plan publicitario que incluya la inauguración de la IPS. D1.O1.O2.O3. Presentación de portafolio de servicio a la EPS de los municipios y usuarios. D1.O.3.O7. Ofrecer promociones a las EPS y usuarios. D2.O1. Elaboración de un plan de inducción teórico-práctico. D2.O1.O2.O3 Elaboración actividades de capacitación y actualización de conocimientos. D2.O1.O2. Elaboración, implementación, control, en protocolos y guías de atención. D1.O2.O3 Seguimiento del desarrollo del mercado. D1.O3. Verificar constantemente las necesidades de la comunidad. D1.O4. Creación y evaluación de indicadores de eficiencia, eficacia, oportunidad, accesibilidad y rentabilidad.</p>
<p>AMENAZAS A1. Normatividad cambiante. A2. Posibilidad de incremento de la competencia. A3. Competencia desleal. A4. Acuerdos interinstitucionales. A5. Población rural dispersa.</p>	<p>F1.A5. Selección de personal del área geográfica. F2.F4.A2.A3. Seguimiento del desarrollo del mercado en la región (precio, plaza, promoción y servicios). F2.F4.A3.A4. Alianzas estratégicas con instituciones que presten otros servicios de salud.</p>	<p>D1.A5. Selección de personal para la atención, preferiblemente del área geográfica. D1.A1.A2.A3.A5. Seguimiento del desarrollo del mercado en la región (precio, plaza, promoción y servicios). D1.A2. Creación y evaluación de indicadores de eficiencia, eficacia, oportunidad, accesibilidad y rentabilidad.</p>

7.1.8.1. Estrategias y acciones DOFA

7.1.8.1.1. Estrategias y Acciones DO:

1. Elaboración de un plan publicitario que incluya la inauguración de la IPS.
2. Presentación de portafolio de servicio a la EPS (Empresas Promotoras de Servicios de Salud) de los municipios y usuarios.
3. Elaboración de un plan de promociones a las EPS y usuarios.
4. Elaboración de un plan de selección e inducción que incluya entrenamiento de personal que desarrollara las actividades.
5. Elaboración un Plan de capacitación y actualización de conocimientos que incluya cronograma.
6. Elaboración, estandarización, implementación, control y seguimiento en protocolos y guías de atención.
7. Elaboración de un programa de seguimiento al desarrollo y comportamientos del mercado.
8. Evaluación y verificación de la satisfacción y necesidades de servicios de salud de las comunidades y la Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.
9. Creación y evaluación de indicadores de eficiencia, eficacia, oportunidad, accesibilidad y rentabilidad.

7.1.8.1.2. Estrategias y Acciones DA:

1. Realizar el proceso Selección de personal para la atención, teniendo en cuenta que sean y vivan en el área geográfica de influencia.
2. Seguimiento del desarrollo del mercado en la región, teniendo en cuenta el precio, plaza, promoción y servicios.

7.1.8.1.3. Estrategias y Acciones FO:

1. Elaborar un plan de negocios para participar de las convocatorias del SENA para buscar financiación del proyecto por parte de instituciones estatales o Bancarias.
2. Elaboración de un proceso de Autoevaluación constante de la calidad del servicio.
3. Implementación Sistema Único de Acreditación, establecido por el Decreto 1011 de 2006, de tal manera que se garantice niveles óptimos de calidad.
4. Elaboración de un plan de calidad acorde con las políticas de las políticas de la organización, servicios y normatividad vigente.
5. Elaboración de un análisis financiero mensual.
6. Evaluación constante de los avances de la organización con relación a la Misión, la visión y objetivos de la empresa.

7. Realizar análisis de costos del servicio bimensualmente.

7.1.8.1.4. Estrategias y Acciones FA:

1. Gestión de Alianzas estratégicas con instituciones que presten otros servicios de salud, en caso de que sea necesario.

7.1.9. PLAN DE ACCION

Tabla 6: Plan de acción de CECDEN IPS

QUE	QUIEN	CUÁNDO	DÓNDE	PORQUÉ	CÓMO
Elaboración de un plan publicitario que incluya la inauguración de la IPS.	Gerente Administrador	Inmediato	Silvia y Piendamó.	Promocionar los servicios que ofrece la IPS	Elaboración del plan publicitario teniendo en cuenta los medios de difusión de la información de la región. Elaborar inauguración de los servicios, invitar gerentes, líderes de contratación de las EPS, líderes comunitarios y autoridades municipales.
Presentación de portafolio de servicio a la EPS (Empresas Promotoras de Servicios de Salud) de los municipios y usuarios.	Gerente Administrador	Inmediato	Silvia y Piendamó	Promocionar los servicios que ofrece la IPS y gestionar contratos con las EPS y usuarios.	Elaboración de portafolio de servicios, Visitas a los Gerentes y líderes de contratación de la EPS, socialización de portafolio. Elaboración de material de difusión acorde con los medios de comunicación disponibles.
Elaboración de un plan de promociones a las EPS y usuarios	Gerente Administrador	Inmediato	Silvia y Piendamó	Promocionar los servicios que ofrece la IPS. Incentivar el uso de los servicios que ofrece la empresa.	Elaboración del plan de promoción, difundir la promociones que se ofrecerán.

Tabla 6: Continuación

QUE	QUIEN	CUÁNDO	DÓNDE	PORQUÉ	CÓMO
Elaboración de un plan de selección e inducción que incluya entrenamiento de personal que desarrollara las actividades.	Gerente Administrador	Inmediato	Silvia y Piendamó	Garantizar que el personal preste un servicio de calidad.	Elaboración del plan de inducción y operativización del mismo.
Elaboración un Plan de capacitación y actualización de conocimientos que incluya cronograma	Gerente Administrador	Inmediato	Silvia y Piendamó	Garantizar que el personal preste un servicio de calidad.	Elaboración del plan de capacitación, dependiendo de las responsabilidades a asigna a los empleados.
Elaboración, estandarización, implementación, control y seguimiento en protocolos y guías de atención.	Gerente Administrador	Inmediato	Silvia y Piendamó	Garantizar la prestación de servicios con criterios de calidad.	Elaboración de guías de atención y protocolos, estandarización, construcción de indicadores, evaluación y seguimiento.
Evaluación y verificación de la satisfacción y necesidades de servicios de salud de las comunidades y la Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.	Gerente Administrador	Inmediato	Silvia y Piendamó	Identificar la percepción del usuario con relación al servicio. Innovar con la prestación de nuevos servicios, teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios.	Elaboración de encuesta de satisfacción, aplicación, tabulación y elaboración de informe y plan de mejoramiento.

Tabla 6: Continuación

QUE	QUIEN	CUÁNDO	DÓNDE	PORQUÉ	CÓMO
Elaboración de un programa de seguimiento al desarrollo y comportamientos del mercado.	Gerente Administrador	Inmediato	Silvia y Piendamó	Realizar seguimiento del mercado que se desarrolla en la región.	Elaboración y evaluación del plan de investigación del mercado, trimestralmente.
Creación y evaluación de indicadores de eficiencia, eficacia, oportunidad, accesibilidad y rentabilidad.	Gerente Administrador	Inmediato Evaluación mensual	Silvia y Piendamó	Verificar los indicadores, los cuales determinarán la viabilidad de la permitirán.	Creación de indicadores, incluyendo forma de verificación y evaluación mensual de los mismos.
Realizar el proceso Selección de personal para la atención, teniendo en cuenta que sean y vivan en el área geográfica de influencia.	Gerente Administrador	Inmediato	Silvia y Piendamó	Garantizar la accesibilidad de los servicios de salud y generar empleo en la región.	Realizar la convocatoria de personal teniendo en cuenta que los Auxiliares vivan los más cerca posible al área donde se prestaran los servicios de salud.
Elaborar un plan de negocios para participar de las convocatorias del SENA para buscar financiación del proyecto por parte de instituciones estatales o Bancarias.	Gerente Administrador Contador	Inmediato	Silvia y Piendamó	Gestionar recursos para garantizar la viabilidad de proyecto. Verificar la viabilidad del proyecto.	Realizar estudios que permitan determinar la viabilidad del proyecto.

Tabla 6: Continuación

QUE	QUIEN	CUÁNDO	DÓNDE	PORQUÉ	CÓMO
Elaboración de un proceso de Autoevaluación constante de la calidad del servicio.	Gerente Administrador	Bimensual	Silvia y Piendamó	Garantizar la calidad de los servicios que se prestaran.	Elaboración Procesos de autoevaluación teniendo en cuenta modelos con C-DOPRI, MECI y Resolución 1043 de 2006.
Implementación Sistema Único de Acreditación, establecido por el Decreto 1011 de 2006, de tal manera que se garantice niveles óptimos de calidad.	Gerente Administrador	2 años	Silvia y Piendamó	Garantizar la calidad de los servicios que se prestaran.	Gestionar ante el ICONTEC; la implementación del Sistema Único de Acreditación.
Elaboración de un plan de calidad acorde con las políticas de las políticas de la organización, servicios y normatividad vigente.	Gerente Administrador	Inmediato	Silvia y Piendamó	Garantizar la calidad de los servicios que se prestaran.	Elaboración de un plan de calidad acorde con las políticas de las políticas de la organización, servicios y normatividad vigente.
Elaboración de un análisis financiero mensual.	Gerente Administrador Contador	Mensual	Silvia y Piendamó	Realizar un seguimiento a la evolución financiera de la empresa.	Implementación de Software contable, Gestión de informes contables y Elaboración de análisis financiero.

Tabla 6: Continuación

QUE	QUIEN	CUÁNDO	DÓNDE	PORQUÉ	CÓMO
Evaluación constante de los avances de la organización con relación a la Misión, la visión y objetivos de la empresa.	Gerente Administrador	Semestral	Silvia y Piendamó	Evaluar el cumplimiento de la misión, la visión y objetivos de la empresa.	Evaluación de misión, visión y objetivos, replantearlos en caso de que sea necesario.
Realizar análisis de costos del servicio bimensualmente	Gerente Administrador Contador	Mensual	Silvia y Piendamó	Realizar un seguimiento a la evolución financiera de la empresa.	Implementación de Software contable, Gestión de informes contables y Elaboración de análisis financiero y análisis de costos.
Gestión de Alianzas - estratégicas con instituciones que presten otros servicios de salud, en caso de que sea necesario.	Gerente Administrador	1 año	Silvia y Piendamó	Competir de mejor manera contra las empresas más grandes y las públicas.	Reunión con instituciones que prestan servicios de salud del área de influencia. Realizar convenios.

7.2. ANÁLISIS FINANCIERO

Tabla 7: Facturación prevista

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	HORARIO	URBANO	RURAL	PROYECCION ACTIVIDADES MENSUAL		TOTAL PROYECCION MES		INGRESOS MENSUALES
				URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	
Atención o visita Por Auxiliar De Enfermería	4 horas diurno	20.000	40.000	30	30	600.000	1.200.000	1.800.000
	6 horas diurno	30.000	50.000	30	30	900.000	1.500.000	2.400.000
	8 horas diurno	35.000	55.000	30	30	1.050.000	1.650.000	2.700.000
	12 horas diurno	30.000	50.000	60	60	1.800.000	3.000.000	4.800.000
	12 horas nocturno	60.000	80.000	60	60	3.600.000	4.800.000	8.400.000
	24 horas	120.000	150.000	60	60	7.200.000	9.000.000	16.200.000
Enfermería Profesional para educación y entrenamiento de familiares de pacientes.		37.000	57.000	30	30	1.110.000	1.710.000	2.820.000
Atención de Enfermería Profesional		15.000	35.000	30	30	450.000	1.050.000	1.500.000
Paso de sonda nasogástrica (no incluye sonda)		40.000	70.000	3	3	120.000	210.000	330.000
Lavado gástrico (no incluye sonda)		12.000	32.000	5	5	60.000	160.000	220.000
Suministro de nutrición enteral (no incluye la alimentación e insumos)		15.000	30.000	2	2	30.000	60.000	90.000
Suministro de nutrición parenteral (no incluye la alimentación e insumos)		25.000	40.000	3	3	75.000	120.000	195.000
Bomba de infusión (costo día)		5.000	10.000	60	60	300.000	600.000	900.000
Administración de medicamentos		9.000	29.000	5	5	45.000	145.000	190.000
Administración de medicamentos cada 24 horas, 1 dosis diurno		12.000	32.000	4	2	48.000	64.000	112.000

Tabla 7: Continuación

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	URBANO	RURAL	PROYECCION ACTIVIDADES MENSUAL		TOTAL PROYECCION MES		INGRESOS MENSUALES
			URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	
Administración de medicamentos cada 24 horas, 1 dosis nocturno	14.000	34.000	4	2	56.000	68.000	124.000
Administración de medicamentos cada 12 horas, 2 dosis diurnas	23.000	33.000	4	2	92.000	66.000	158.000
Administración de medicamentos cada 12 horas, 1 dosis nocturna	25.000	35.000	4	2	100.000	70.000	170.000
Administración de medicamentos cada 8 horas, 2 dosis diurnas y 1 nocturna	35.000	45.000	4	2	140.000	90.000	230.000
Administración de medicamentos cada 6 horas, 3 dosis diurnas y 1 nocturna	50.000	60.000	4	2	200.000	120.000	320.000
Administración de medicamentos cada 6 horas, 2 dosis diurnas y 2 nocturna	52.000	62.000	4	2	208.000	124.000	332.000
Administración de medicamentos cada 4 horas, 4 dosis diurnas y 2 nocturna	67.000	77.000	3	3	201.000	231.000	432.000
Administración de medicamentos cada 4 horas, 3 dosis diurnas y 3 nocturna	69.000	79.000	2	2	138.000	158.000	296.000
Extracción, inserción o reemplazo de sonda vesical (no incluye sonda)	10.000	20.000	3	3	30.000	60.000	90.000
Cateterismo vesical (incluye insumos)	17.000	27.000	3	3	51.000	81.000	132.000
Manejo de diálisis peritoneal(no incluye insumos)	50.000		2		100.000	0	100.000
Aspiración de secreciones(no incluye sondas) cada día	5.000	15.000	10	5	50.000	75.000	125.000
Nebulizaciones	12.000	24.000	5	5	60.000	120.000	180.000

Tabla 7: Continuación

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	URBANO	RURAL	PROYECCION ACTIVIDADES MENSUAL		TOTAL PROYECCION MES		INGRESOS MENSUALES
			URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	
Administración de oxígeno	40.000	50.000	3	3	120.000	150.000	270.000
Oximetrías	10.000	10.000	4	4	40.000	40.000	80.000
Curación de heridas estadio I y II, herida profunda infectada y retiro de puntos	15.000	25.000	5	5	75.000	125.000	200.000
Curación 1 vez al día	11.000	21.000	5	5	55.000	105.000	160.000
Curaciones 2 veces al día, la segunda se cobra al 50% del costo de la primera.	16.500	27.000	5	5	82.500	135.000	217.500
Curaciones 3 veces al día, la 2 y 3 se cobra al 50% del costo de la primera.	22.000	32.000	5	5	110.000	160.000	270.000
Curaciones estadio III. Pérdida de tejido subcutáneo e infección por Enfermería	21.500	32.000	10	10	215.000	320.000	535.000
Curaciones estadio IV. Alta complejidad, tejido necrótico e infectado por Enfermería.	35.000	50.000	10	10	350.000	500.000	850.000
Ostomías de alimentación y eliminación(no incluye insumos)	20.000	30.000	2	2	40.000	60.000	100.000
TOTAL	1.085.000	1.548.000	513	492	19.901.500	28.127.000	48.028.500

Tabla 8: gastos iniciales

DESCRIPCION	GASTOS
2 CARROS	82.889.900
2 MOTOS	7.000.000
ARRIENDO SEDES PARA LA ATENCION.	1.200.000
PAPELERIA	500.000
PUBLICIDAD PROPAGANDA Y RELACIONES PUBLICAS	200.000
SERVICIOS PUBLICOS	500.000
EQUIPOS DE COMUNICACIÓN	2.000.000
EQUIPOS BIOMEDICOS	10.289.868
INSUMOS MEDICOQUIRURGICOS	6.345.327
MANTENIMIENTO DE VEHICULOS	2.000.000
MANTENIMIIENTO DE EQUIPOS	1.000.000
COMBUSTIBLE	5.000.000
RESIDUOS BIOLOGICOS	300.000
OTROS	2.000.000
EQUIPOS DE COMPUTACION	4.100.000
MUEBLES Y ENSERES	1.000.000
ADMINISTRACION	2.400.000
AUXILIARES DE ENFERMERIA	17.600.000
ENFERMERO(A)	2.000.000
CONTADOR	900.000
SECRETARIA	900.000

Tabla 9: Gastos mensuales

DESCRIPCION	CANT	UND	VL/UNIT	VL/TOTAL
ADMINISTRACION/AUDITORIA	1	MES	2.400.000	2.400.000
AUXILIARES DE ENFERMERIA	22	MES	800.000	17.600.000
ENFERMERO(A)	1	MES	2.000.000	2.000.000
CONTADOR	1	MES	900.000	900.000
PORTERIA Y VIGILANCIA	4	MES	700.000	2.800.000
ARRIENDO SEDES PARA LA ATENCION.	2	MES	600.000	1.200.000
PAPELERIA		MES	500.000	500.000
PUBLICIDAD PROPAGANDA Y RELACIONES PUBLICAS	1	MES	200.000	200.000
SERVICIOS PUBLICOS	2	SEDES	250.000	500.000
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO		UND	4.378.207	4.378.207
MANTENIMIENTO DE VEHICULOS		MES	1.000.000	1.000.000
MANTENIMIIENTO DE EQUIPOS		MES	500.000	500.000
COMBUSTIBLE		MES	5.000.000	5.000.000
DISPOSICION DE RESIDUOS BIOLÓGICOS		MES	300.000	300.000
SECRETARIA	1	MES	900.000	900.000
OTROS		MES	2.000.000	2.000.000
TOTAL				42.178.207

Tabla 10: Clasificación de gastos y costos

GASTOS	ADMINISTRATIVO	COSTO
ADMINISTRACION		28.800.000
AUXILIARES ENFERMERIA		211.200.000
ENFERMERO		24.000.000
CONTADOR	10.800.000	
PORTERIA Y VIGILANCIA	20.160.000	13.440.000
ARRIENDO	14.400.000	
PAPELERIA	3.600.000	2.400.000
PUBLICIDAD	1.440.000	960.000
SERVICIOS PUBLICOS	3.600.000	2.400.000
MATERIAL MEDICO-QUIRURGICO		52.538.484
MANTENIMIENTO DE VEHICULOS	7.200.000	4.800.000
MANTENIMIENTO DE EQUIPOS		6.000.000
COMBUSTIBLE	36.000.000	24.000.000
DISPOSICION RESIDUOS BIOLÓGICOS		3.600.000
SECRETARIA	6.480.000	4.320.000
OTROS	28.800.000	19.200.000
	132.480.000	397.658.484
GASTO ADMINISTRATIVO 65%	86.112.000	
GASTO DE VENTAS 35%	46.368.000	

Tabla 11: Amortización de obligación financiera a 5 años

MONTO *100.000.000*
No. CUOTAS **60**
TASA INTERES **2%**
VALOR CUOTA MENSUAL **2.539.343**

No. CUOTA	AB. CAPITAL	INTERES	VALOR CUOTA	SALDO CAPITAL
	-	-	-	100.000.000
1	1.039.343	1.500.000	2.539.343	98.960.657
2	1.054.933	1.484.410	2.539.343	97.905.724
3	1.070.757	1.468.586	2.539.343	96.834.967
4	1.086.818	1.452.525	2.539.343	95.748.149
5	1.103.121	1.436.222	2.539.343	94.645.029
6	1.119.667	1.419.675	2.539.343	93.525.361
7	1.136.462	1.402.880	2.539.343	92.388.899
8	1.153.509	1.385.833	2.539.343	91.235.390
9	1.170.812	1.368.531	2.539.343	90.064.578
10	1.188.374	1.350.969	2.539.343	88.876.204
1-1	1.206.200	1.333.143	2.539.343	87.670.004
12	1.224.293	1.315.050	2.539.343	86.445.712
13	1.242.657	1.296.686	2.539.343	85.203.054
14	1.261.297	1.278.046	2.539.343	83.941.758
15	1.280.216	1.259.126	2.539.343	82.661.541
16	1.299.420	1.239.923	2.539.343	81.362.122
17	1.318.911	1.220.432	2.539.343	80.043.211
18	1.338.695	1.200.648	2.539.343	78.704.516
19	1.358.775	1.180.568	2.539.343	77.345.741
20	1.379.157	1.160.186	2.539.343	75.966.584
21	1.399.844	1.139.499	2.539.343	74.566.740
22	1.420.842	1.118.501	2.539.343	73.145.899
23	1.442.154	1.097.188	2.539.343	71.703.745
24	1.463.787	1.075.556	2.539.343	70.239.958
25	1.485.743	1.053.599	2.539.343	68.754.215
26	1.508.030	1.031.313	2.539.343	67.246.185
27	1.530.650	1.008.693	2.539.343	65.715.535
-28	1.553.610	985.733	2.539.343	64.161.925
29	1.576.914	962.429	2.539.343	62.585.012
30	1.600.568	938.775	2.539.343	60.984.444
31	1.624.576	914.767	2.539.343	59.359.868
32	1.648.945	890.398	2.539.343	57.710.923

Tabla 11: Continuación

No. CUOTA	AB. CAPITAL	INTERES	VALOR CUOTA	SALDO CAPITAL
33	1.673.679	865.664	2.539.343	56.037.244
34	1.698.784	840.559	2.539.343	54.338.460
35	1.724.266	815.077	2.539.343	52.614.194
36	1.750.130	789.213	2.539.343	50.864.065
37	1.776.382	762.961	2.539.343	49.087.683
38	1.803.028	736.315	2.539.343	47.284.655
39	1.830.073	709.270	2.539.343	45.454.582
40	1.857.524	681.819	2.539.343	43.597.058
41	1.885.387	653.956	2.539.343	41.711.671
42	1.913.668	625.675	2.539.343	39.798.004
43	1.942.373	596.970	2.539.343	37.855.631
44	1.971.508	567.834	2.539.343	35.884.123
45	2.001.081	538.262	2.539.343	33.883.042
46	2.031.097	508.246	2.539.343	31.851.945
47	2.061.564	477.779	2.539.343	29.790.381
48	2.092.487	446.856	2.539.343	27.697.894
49	2.123.874	415.468	2.539.343	25.574.020
50	2.155.732	383.610	2.539.343	23.418.287
51	2.188.068	351.274	2.539.343	21.230.219
52	2.220.889	318.453	2.539.343	19.009.330
53	2.254.203	285.140	2.539.343	16.755.127
54	2.288.016	251.327	2.539.343	14.467.111
55	2.322.336	217.007	2.539.343	12.144.775
56	2.357.171	182.172	2.539.343	9.787.604
57	2.392.529	146.814	2.539.343	7.395.075
58	2.428.417	110.926	2.539.343	4.966.658
59	2.464.843	74.500		
60	2.501.816	37.527	2.539.343	0
	100.000.000	52.360.565		

BALANCE DE INSTALACION

Tabla 12: balance de instalación

ACTIVOS		PASIVOS	
Caja	43.654.673	Cuentas Por Pagar	
Bancos	10.000.000	Proveedores	0
Cuentas por Cobrar	0	Impuestos por Pagar	0
Inventario de Insumos	0	TOTAL PASIVO CORRIENTE	0
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	53.654.673	Pasivo a largo plazo	0
		Oblig. Financieras	100.000.000
ACTIVO FIJO		TOTAL PASIVO LARGO PLAZO	0
COMPUTADORES	4.100.000	TOTAL PASIVO	100.000.000
Depreciación acumulada	0		
EQUIPOS BIOMEDICO	16.635.195		
Depreciación acumulada			
EQUIPOS DE COMUNICACION	2.000.000	PATRIMONIO	
Depreciación acumulada	0	Capital	67.279.768
MUEBLES Y ENSERES	1.000.000	Utilidad del Periodo	0
Depreciación acumulada	0	Utilidad Acumulada	0
VEHICULOS	89.889.900		
TOTAL ACTIVO FIJO	113.625.095	TOTAL PATRIMONIO	67.279.768
TOTAL ACTIVO	167.279.768	TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	167.279.768

BALANCE DE PRIMER AÑO

Tabla 13: Balance del primer año

ACTIVOS		PASIVOS	
Caja	14.051.230	Cuentas Por Pagar-Parafiscales	72.641.865
Bancos	59.751.883	Proveedores	25.000.000
Cuentas por Cobrar	100.000.000	Impuestos por Pagar	10.249.992
Inventario de Insumos	20.160.000	TOTAL PASIVO CORRIENTE	107.891.857
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	193.963.113	Pasivo a largo plazo	0
		Oblig. Financieras	86.445.712
ACTIVO FIJO		TOTAL PASIVO LARGO PLAZO	0
COMPUTADORES	4.100.000	TOTAL PASIVO	194.337.568
Depreciación acumulada	820.000		
EQUIPO BIOMEDICO	16.635.195		
Depreciación acumulada	1.109.013		
EQUIPOS DE COMUNICACION	600.000	PATRIMONIO	
Depreciación acumulada	0	Capital	67.279.768
MUEBLES Y ENSERES	1.000.000	Utilidad del Periodo	19.035.700
Depreciación acumulada	200.000	Utilidad Acumulada	0
VEHICULOS	89.889.900		
Depreciación acumulada	8.988.990		
TOTAL ACTIVO FIJO	86.689.923	TOTAL PATRIMONIO	86.315.468
TOTAL ACTIVO	280.653.036	TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	280.653.036

ESTADO DE RESULTADOS

Tabla 14: Estado de resultados

DESCRIPCIÓN	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
VENTAS	576.342.000	605.159.100	635.417.055	667.187.908	700.547.303
COSTO DE VENTAS	397.658.484	417.541.408	438.418.479	460.339.403	483.356.373
UTILIDAD BRUTA EN VENTAS	178.683.516	187.617.692	196.998.576	206.848.505	217.190.930
GASTOS ADMINISTRATIVOS	86.112.000	90.417.600	94.938.480	99.685.404	104.669.674
GASTOS DE VENTAS	46.368.000	48.686.400	51.120.720	53.676.756	56.360.594
GASTOS FINANCIEROS	16.917.824	14.266.359	11.096.219	7.305.943	2.774.219
UTILIDAD O PERDIDA OPERACIONAL	29.285.692	34.247.332	39.843.157	46.180.402	53.386.443
IMPUESTO DE RENTA	10.249.992	11.986.566	13.945.105	16.163.141	18.685.255
UTILIDAD O PERDIDA DEL PERIODO	19.035.700	22.260.766	25.898.052	30.017.261	34.701.188

8.1. INDICADORES FINANCIEROS

DE LIQUIDEZ

- Razón Corriente

RC= activo corriente/pasivo corriente

$$RC= 193.963.113/107.891.857= 1,8$$

Donde por cada peso que debe la empresa tiene 1,8 pesos para pagar. Esto quiere decir que la empresa tiene la capacidad para enfrentar obligaciones financieras a corto plazo.

- Capital Neto de Trabajo

C.N.T.= Activo corriente – Pasivo Corriente

$$C.N.T.= 193.963.113-107.891.857= \$86.071.256$$

Se puede observar que a la empresa le quedarían \$86.071.256 después de pagar todos sus pasivos en caso de que tuvieran que ser cancelados de inmediato.

DE ENDEUDAMIENTO

- Nivel de Endeudamiento:

N.E.= Total Pasivo/Total Activo

$$N.E.=194.337.568 /280.653.036= 0,69$$

Por cada peso que la empresa ha invertido en activos, los acreedores son dueños de **0,31** y los propietarios del **0,69**

DE RENDIMIENTO

Margen Bruto de Utilidad M.B.U. = Utilidad Bruta/Ventas Netas*100
M.B.U. = 178.683.516/576.342.000*100 = 31%

El equipo de trabajo tiene la capacidad de generar 31% de utilidades.

Margen Operacional M.O= Utilidad Operacional/Ventas Totales M.O.=

$$29.285.692/576.342.000*100 = 5,1\%$$

Representa que por cada peso vendido la utilidad ganada es de 5,1%

Margen Neto M.N.= Utilidad Neta/Ventas Netas M.N. =

$$19.035.700/576.342.000*100= 3,3\%$$

Esto quiere decir que por cada peso vendido la empresa tuvo una utilidad del 3,3% después de todos los gastos.

Rendimiento Activo Total R.A.T= Utilidad Neta/Activos Totales R.A.T.=

$$19.035.700/280.653.036*100= 6,8\%$$

Quiere decir que por cada peso invertido en la empresa está generando un 6,8% de utilidad

DE ACTIVIDAD

Rotación de Activos Fijos

R.A.F.= Ventas totales/Activos fijos brutos

$$R.A.F = 576.342.000/86.689.923 = 6,7 \text{ veces}$$

La empresa rotará su activo fijo 6,7 veces.

Rotación de Activos Totales

R.A.T.= Ventas totales/Total Activos R.A.T = $645.132.600/160.000.000 = \$4,03$

La IPS por cada peso invertido vendió \$4,03

VIABILIDAD FINANCIERA

El flujo de efectivo proyectado a cinco años con un incremento del 5% anual.

FLUJO DE EFECTIVO PROYECTADO

Tabla 15: Flujo de Efectivo Proyectado

INGRESOS	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO	4 AÑO	5 AÑO
DISPONIBILIDAD INICIAL		19.035.700	41.296.467	67.194.519	98.732.561
VENTA DE SERVICIOS	576.342.000	605.159.100	635.417.055	667.187.908	700.547.303
TOTAL INGRESOS	576.342.000	624.194.800	676.713.522	734.382.427	799.279.864
EGRESOS					
COSTO DE VENTAS	397.658.484	417.541.408	438.418.479	460.339.403	483.356.373
GASTOS ADMINISTRATIVOS	86.112.000	90.417.600	94.938.480	99.685.404	104.669.674
GASTOS DE VENTAS	46.368.000	48.686.400	51.120.720	53.676.756	56.360.594
GASTO FINANCIEROS	16.917.824	14.266.359	11.096.219	7.305.943	2.774.219
IMPUESTO DE RENTA	10.249.992	11.986.566	13.945.105	14.642.360	13.945.105
TOTAL GASTOS	557.306.300	582.898.333	609.519.003	635.649.866	661.105.965
SUPERAVIT O DEFICIT	19.035.700	41.296.467	67.194.519	98.732.561	138.173.900

VALOR PRESENTE NETO VPN

Técnica	Aceptación	Rechazo
VPN	≥ 0	< 0
TIR	$\geq \text{TMAR}$	$< \text{TMAR}$

LÍNEA DE TIEMPO

AÑO	0	1	2	3	4	5
FLUJO	-167.279.768	19.035.700	41.296.467	67.194.519	98.732.561	138.173.900

INVERSIÓN \$167.279.768

UTILIDAD 1 AÑO= \$19.035.700
 UTILIDAD 2 AÑO= \$41.296.467
 UTILIDAD 3 AÑO= \$67.194.519
 UTILIDAD 4 AÑO= \$98.732.561
 UTILIDAD 5 AÑO= \$138.173.900

TASA: 15%

VPN (miles)

$$(167.279.768+[19.035.700/(1.15)^1]+[41.296.467/(1.15)^2]+[67.194.519/(1.15)^3]) \\ [98.732.561/(1.15)^4] [138.173.900/(1.15)^5])$$

VPN (miles) = \$ 49.828.074 pesos

El valor presente neto del Centro de Cuidado Domiciliarios de Enfermería tiene una inversión inicial de \$49.828.074 y una utilidad anual durante cinco años con una tasa de incremento del 15%.

Para un resultado positivo lo que deduce que la inversión del proyecto se maximizará en \$49.828.074 pesos, con una tasa del 15%. El proyecto es ejecutable.

TASA INTERNA DE RETORNO- TIR

LINEA DE TIEMPO

AÑO	0	1	2	3	4	5
FLUJO	-167.279.768	19.035.700	41.296.467	67.194.519	98.732.561	138.173.900

VPN = \$49.828.074 pesos

TASA= 15%

TIR= -

$$167.279.768(19.035.700+41.296.467+67.194.519+98.732.561+138.173.900) = \\ 24\%$$

-La Tasa Interna de Retorno refleja que el proyecto puede ser aceptado porque evidencia un rendimiento del 24% superior a la tasa planteada (15%).

8.2. PUNTO DE EQUILIBRIO

FÓRMULAS

+ Margen de Contribución en Unidades

$MC1 = \text{precio de venta unitario} - \text{costos variable unitario}$

+ Punto de Equilibrio en Unidades

$PE1 = \text{Costos Fijos} / MC1$

+ Margen de Contribución en Pesos

$MC2 = \text{Ventas Totales} - \text{Costos variables totales} / \text{ventas totales}$

+ Punto de Equilibrio en Pesos

$PE2 = \text{Costos fijos Totales} / MC2$

Prueba

$PE2 / PE1 = \text{precio de venta unitario}$

PUNTO DE EQUILIBRIO

Tabla 16: Determinación de costos variables.

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	HORARIO	URBANO	RURAL	COSTOS FIJOS TOTALES		COSTO VARIABLE TOTAL		COSTOS VARIABLES UNITARIO	
				URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL
Atención o visita Por Auxiliar De Enfermería-	4 horas diurno	20.000	40.000	260.532	521.064	71.675	223.142	2.389	7.438
	6 horas diurno	30.000	50.000	390.798	651.330	107.513	278.928	3.584	9.298
	8 horas diurno	35.000	55.000	455.931	716.463	125.432	306.820	4.181	10.227
	12 horas diurno	30.000	50.000	390.798	651.330	107.513	278.928	3.584	9.298
	12 horas nocturno	60.000	80.000	781.596	1.042.127	215.026	446.284	7.168	14.876
	24 horas	120.000	150.000	1.563.191	1.953.989	430.052	836.783	14.335	27.893
Enfermería Profesional para educación y entrenamiento de familiares de pacientes.		37.000	57.000	179.300	276.218	116.498	293.173	3.883	9.772
Atención de Enfermería Profesional		15.000	35.000	65.853	169.608	53.757	195.249	1.792	6.508
Paso de sonda naso gástrica (no incluye sonda)		40.000	70.000	198.719	347.759	125.944	360.037	4.198	12.001
Lavado gástrico(no incluye sonda)		12.000	32.000	156.319	416.851	37.783	164.589	1.259	5.486
Suministro de nutrición enteral (no incluye la alimentación e insumos)		15.000	30.000	74.520	149.040	53.757	167.357	1.792	5.579
Suministro de nutrición parenteral (no incluye la alimentación e insumos)		25.000	40.000	325.665	521.064	89.594	223.142	2.986	7.438
Bomba de infusión(costo día)		5.000	10.000	24.230	48.459	17.919	55.786	597	1.860
Administración de medicamentos		9.000	29.000	117.239	377.771	28.337	149.158	945	4.972
Administración de medicamentos cada 24 horas, 1 dosis diurno		12.000	32.000	156.319	416.851	37.783	164.589	1.259	5.486
Administración de medicamentos cada 24 horas, 1 dosis nocturno		14.000	34.000	182.372	442.904	44.080	174.875	1.469	5.829
Administración de medicamentos cada 12 horas, 2 dosis diurnas		23.000	33.000	299.612	429.878	72.418	169.732	2.414	5.658
Administración de medicamentos cada 12 horas, 1 dosis nocturna		25.000	35.000	325.665	455.931	78.715	180.019	2.624	6.001

Tabla 16: Continuación.

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	URBANO	RURAL	COSTOS FIJOS TOTALES		COSTO VARIABLE TOTAL		COSTOS VARIABLES UNITARIO	
			URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL
Administración de medicamentos cada 8 horas, 2 dosis diurnas y 1 nocturna	35.000	45.000	455.931	586.197	110.201	231.453	3.673	7.715
Administración de medicamentos cada 6 horas, 3 dosis diurnas y 1 nocturna	50.000	60.000	651.330	781.596	157.430	308.603	5.248	10.287
Administración de medicamentos cada 6 horas, 2 dosis diurnas y 2 nocturna	52.000	62.000	677.383	807.649	163.728	318.890	5.458	10.630
Administración de medicamentos cada 4 horas, 4 dosis diurnas y 2 nocturna	67.000	77.000	872.782	1.003.048	210.957	396.041	7.032	13.201
Administración de medicamentos cada 4 horas, 3 dosis diurnas y 3 nocturna	69.000	79.000	898.835	1.029.101	217.254	406.328	7.242	13.544
Extracción, inserción o reemplazo de sonda vesical (no incluye sonda)	10.000	20.000	130.266	260.532	31.486	102.868	1.050	3.429
Cateterismo vesical (incluye insumos)	17.000	27.000	221.452	351.718	60.924	150.621	2.031	5.021
Manejo de diálisis peritoneal(no incluye insumos)	50.000		651.330	-	179.188	0	5.973	-
Aspiración de secreciones(no incluye sondas) cada día	5.000	15.000	65.133	195.399	17.919	83.678	597	2.789
Nebulizaciones	12.000	24.000	156.319	312.638	37.783	123.441	1.259	4.115
Administración de oxígeno	40.000	50.000	516.182	645.227	143.351	278.928	4.778	9.298
Oximetrías	10.000	10.000	129.045	129.045	31.486	51.434	1.050	1.714
Curación de heridas estadio I y II, herida profunda infectada y retiro de puntos	15.000	25.000	195.399	325.665	47.229	128.585	1.574	4.286
Curación 1 vez al día	11.000	21.000	143.293	273.558	34.635	108.011	1.154	3.600
Curaciones 2 veces al día, la segunda se cobra al 50% del costo de la primera.	16.500	27.000	214.939	351.718	51.952	138.872	1.732	4.629
Curaciones 3 veces al día, la 2 y 3 se cobra al 50% del costo de la primera.	22.000	32.000	286.585	416.851	69.269	164.589	2.309	5.486
Curaciones estadio III. Perdida de tejido subcutáneo e infección por Enfermería	21.500	32.000	280.072	416.851	67.695	164.589	2.257	5.486

Tabla 16: Continuación.

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	URBANO	RURAL	COSTOS FIJOS TOTALES		COSTO VARIABLE TOTAL		COSTOS VARIABLES UNITARIO	
			URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL
Curaciones estadio IV. Alta complejidad, tejido necrótico e infectado por Enfermería.	35.000	50.000	173.879	248.399	110.201	257.170	3.673	8.572
Ostomías de alimentación y eliminación(no incluye insumos)	20.000	30.000	99.360	149.040	71.675	167.357	2.389	5.579
TOTAL	1.085.000	1.548.000	12.768.169	17.872.865	3.628.161	8.250.046	120.939	275.002

Tabla 17: Cálculo de Punto de equilibrio.

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	HORARIO	MARGEN DE CONTRIBUCION 1		PUNTO DE EQUILIBRIO EN UNIDADES		MARGEN DE CONTRIBUCION 2		PUNTO DE EQUILIBRIO EN PESOS		PRUEBA	
		URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL
Atención o visita Por Auxiliar De Enfermería	4 horas diurno	17.611	32.562	15	16	0,88	0,81	295.877	640.089	20.000	40.000
	6 horas diurno	26.416	40.702	15	16	0,88	0,81	443.815	800.112	30.000	50.000
	8 horas diurno	30.819	44.773	15	16	0,88	0,81	517.785	880.123	35.000	55.000
	12 horas diurno	26.416	40.702	15	16	0,88	0,81	443.815	800.112	30.000	50.000
	12 horas nocturno	52.832	65.124	15	16	0,88	0,81	887.631	1.280.179	60.000	80.000
	24 horas	105.665	122.107	15	16	0,88	0,81	1.775.262	2.400.335	120.000	150.000
Enfermería Profesional para educación y entrenamiento de familiares de pacientes.		33.117	47.228	5	6	0,90	0,83	200.324	333.374	37.000	57.000
Atención de Enfermería Profesional		13.208	28.492	5	6	0,88	0,81	74.787	208.351	15.000	35.000
Paso de sonda naso gástrica (no incluye sonda)		35.802	57.999	6	6	0,90	0,83	222.021	419.718	40.000	70.000
Lavado gástrico(no incluye sonda)		10.741	26.514	15	16	0,90	0,83	174.649	503.107	12.000	32.000
Suministro de nutrición enteral (no incluye la alimentación e insumos)		13.208	24.421	6	6	0,88	0,81	84.630	183.084	15.000	30.000
Suministro de nutrición parenteral (no incluye la alimentación e insumos)		22.014	32.562	15	16	0,88	0,81	369.846	640.089	25.000	40.000
Bomba de infusión(costo día)		4.403	8.140	6	6	0,88	0,81	27.517	59.529	5.000	10.000
Administración de medicamentos		8.055	24.028	15	16	0,90	0,83	130.987	455.941	9.000	29.000
Administración de medicamentos cada 24 horas, 1 dosis diurno		10.741	26.514	15	16	0,90	0,83	174.649	503.107	12.000	32.000
Administración de medicamentos cada 24 horas, 1 dosis nocturno		12.531	28.171	15	16	0,90	0,83	203.757	534.551	14.000	34.000
Administración de medicamentos cada 12 horas, 2 dosis diurnas		20.586	27.342	15	16	0,90	0,83	334.744	518.829	23.000	33.000
Administración de medicamentos cada 12 horas, 1 dosis nocturna		22.376	28.999	15	16	0,90	0,83	363.852	550.273	25.000	35.000
Administración de medicamentos cada 8 horas, 2 dosis diurnas y 1 nocturna		31.327	37.285	15	16	0,90	0,83	509.393	707.494	35.000	45.000

Tabla 17: Continuación.

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	MARGEN DE CONTRIBUCION 1		PUNTO DE EQUILIBRIO EN UNIDADES		MARGEN DE CONTRIBUCION 2		PUNTO DE EQUILIBRIO EN PESOS		PRUEBA	
	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL	URBANO	RURAL
Administración de medicamentos cada 6 horas, 3 dosis diurnas y 1 nocturna	44.752	49.713	15	16	0,90	0,83	727.705	943.325	50.000	60.000
Administración de medicamentos cada 6 horas, 2 dosis diurnas y 2 nocturna	46.542	51.370	15	16	0,90	0,83	756.813	974.769	52.000	62.000
Administración de medicamentos cada 4 horas, 4 dosis diurnas y 2 nocturna	59.968	63.799	15	16	0,90	0,83	975.124	1.210.601	67.000	77.000
Administración de medicamentos cada 4 horas, 3 dosis diurnas y 3 nocturna	61.758	65.456	15	16	0,90	0,83	1.004.233	1.242.045	69.000	79.000
Extracción, inserción o reemplazo de sonda vesical (no incluye sonda)	8.950	16.571	15	16	0,90	0,83	145.541	314.442	10.000	20.000
Cateterismo vesical (incluye insumos)	14.969	21.979	15	16	0,88	0,81	251.495	432.060	17.000	27.000
Manejo de diálisis peritoneal(no incluye insumos)	44.027	0	15	0	0,88	0,00	739.692	-	50.000	-
Aspiración de secreciones(no incluye sondas) cada día	4.403	12.211	15	16	0,88	0,81	73.969	240.034	5.000	15.000
Nebulizaciones	10.741	19.885	15	16	0,90	0,83	174.649	377.330	12.000	24.000
Administración de oxígeno	35.222	40.702	15	16	0,88	0,81	586.210	792.615	40.000	50.000
Oximetrías	8.950	8.286	14	16	0,90	0,83	144.177	155.748	10.000	10.000
Curación de heridas estadio I y II, herida profunda infectada y retiro de puntos	13.426	20.714	15	16	0,90	0,83	218.311	393.052	15.000	25.000
Curación 1 vez al día	9.846	17.400	15	16	0,90	0,83	160.095	330.164	11.000	21.000
Curaciones 2 veces al día, la segunda se cobra al 50% del costo de la primera.	14.768	22.371	15	16	0,90	0,83	240.143	424.496	16.500	27.000
Curaciones 3 veces al día, la 2 y 3 se cobra al 50% del costo de la primera.	19.691	26.514	15	16	0,90	0,83	320.190	503.107	22.000	32.000
Curaciones estadio III. Pérdida de tejido subcutáneo e infección por Enfermería	19.243	26.514	15	16	0,90	0,83	312.913	503.107	21.500	32.000
Curaciones estadio IV. Alta complejidad, tejido necrótico e infectado por Enfermería.	31.327	41.428	6	6	0,90	0,83	194.269	299.799	35.000	50.000
Ostomías de alimentación y eliminación(no incluye insumos)	17.611	24.421	6	6	0,88	0,81	112.839	183.084	20.000	30.000
TOTAL	964.061	1.272.998	477	500	33	30	14.373.712	21.738.174	1.085.000	1.548.000

Tabla 18: Unidades a vender al mes para alcanzar el punto de equilibrio:

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	HORARIO	PUNTO DE EQUILIBRIO EN UNIDADES	
		URBANO	RURAL
Atención o visita Por Auxiliar De Enfermería	4 horas diurno	15	16
	6 horas diurno	15	16
	8 horas diurno	15	16
	12 horas diurno	15	16
	12 horas nocturno	15	16
	24 horas	15	16
Enfermería Profesional para educación y entrenamiento de familiares de pacientes.		5	6
Atención de Enfermería Profesional		5	6
Paso de sonda naso gástrica (no incluye sonda)		6	6
Lavado gástrico(no incluye sonda)		15	16
Suministro de nutrición enteral (no incluye la alimentación e insumos)		6	6
Suministro de nutrición parenteral (no incluye la alimentación e insumos)		15	16
Bomba de infusión(costo día)		6	6
Administración de medicamentos		15	16
Administración de medicamentos cada 24 horas, 1 dosis diurno		15	16
Administración de medicamentos cada 24 horas, 1 dosis nocturno		15	16
Administración de medicamentos cada 12 horas, 2 dosis diurnas		15	16
Administración de medicamentos cada 12 horas, 1 dosis nocturna		15	16
Administración de medicamentos cada 8 horas, 2 dosis diurnas y 1 nocturna		15	16
Administración de medicamentos cada 6 horas, 3 dosis diurnas y 1 nocturna		15	16
Administración de medicamentos cada 6 horas, 2 dosis diurnas y 2 nocturna		15	16
Administración de medicamentos cada 4 horas, 4 dosis diurnas y 2 nocturna		15	16
Administración de medicamentos cada 4 horas, 3 dosis diurnas y 3 nocturna		15	16
Extracción, inserción o reemplazo de sonda vesical (no incluye sonda)		15	16
Cateterismo vesical (incluye insumos)		15	16
Manejo de diálisis peritoneal(no incluye insumos)		15	0

Tabla 18: Continuación.

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	HORARIO	PUNTO DE EQUILIBRIO EN UNIDADES	
		URBANO	RURAL
Aspiración de secreciones(no incluye sondas) cada día		15	16
Nebulizaciones		15	16
Administración de oxígeno		15	16
Oximetrías		14	16
Curación de heridas estadio I y II, herida profunda infectada y retiro de puntos		15	16
Curación 1 vez al día		15	16
Curaciones 2 veces al día, la segunda se cobra al 50% del costo de la primera.		15	16
Curaciones 3 veces al día, la 2 y 3 se cobra al 50% del costo de la primera.		15	16
Curaciones estadio III. Perdida de tejido subcutáneo e infección por Enfermería		15	16
Curaciones estadio IV. Alta complejidad, tejido necrótico e infectado por Enfermería.		6	6
Ostomías de alimentación y eliminación(no incluye insumos)		6	6

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El enfoque de la prestación de servicios de atención de Enfermería domiciliaria a nivel rural y urbano significara una mejora general en la prestación de los servicios de salud, que se traducirá en una mayor eficiencia y efectividad desde el punto de vista del cuidado.

El análisis financiero realizado en esta investigación permitió determinar que la propuesta es rentable y viable. Esta definición esta soportada en los indicadores financieros los cuales fueron positivos.

La financiación de la empresa tiene un buen soporte dentro de la normatividad colombiana, quien dentro del Plan Obligatorio de Salud especifica claramente que la mayoría de actividades y servicios que ofrece CECDEN IPS están cubiertas.

Se recomienda avanzar hacia la aplicación de los instrumentos planteados en este estudio. Esto permitirá complementar, identificar la percepción que tienen las EPS y los usuarios sobre los servicios que ofrecerá CECDEN IPS y de esta manera fundamentar un poco más el estudio.

Los instrumentos planteados en esta investigación serán una herramienta importante porque permitirá completar, el estudio de mercadeo e identificar la necesidad y la aceptabilidad hacia los servicios que ofrecerá la CECDEN IPS.

El diseño estratégico permitió definir aspectos importantes de la forma como se guiará estratégicamente la empresa, teniendo en cuenta la planeación, seguimiento, control, evaluación y retroalimentación, los lineamientos planteados en el IFI y la fundamentación a través de las referencias bibliográficas.

Por factor tiempo no fue posible realizar la totalidad del trabajo y que por eso se ha planteado una segunda y última fase antes de poner en marcha la empresa.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Base de Datos Única de Afiliados actualización 25 de mayo de 2011
2. BONNEMA J, VAN WERSCH AM, VAN GEEL AN, PRUYN JF, SCHMITZ PI, UYLDE GROOT CA, et al. Cost of care in a randomised trial of early hospital discharge after surgery for breast cancer. *Eur J Cancer* 1998; 34:2015-20.
3. CAPLAN GA, WARD JA, BRENNAN NJ, COCONIS J, BOARD N, BROWN A. Hospital in the home: a randomised controlled trial. *Med J Aust* 1999; 170:156-60.
4. CARMONA LÓPEZ G Y PÉREZ ROMERO C. Metodología para la Estimación del Coste Sanitario por Paciente en un Proceso Asistencial Integrado. Escuela Andaluza de Salud. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Granada, 2006; 1-18.
5. CLARKE A. Benefits and drawbacks of hospital at home schemes. *Prof Nurse* 1997; 12: 734-67.
6. COAST J, RICHARDS SH, PETERS TJ, GUNNELL DJ, DARLOW MA, POUNSFORD J. Hospital at home or acute hospital care? A cost minimisation analysis. *BMJ* 1998; 316:1802-6.
7. DANE Censo 2005
8. DONALD IP, BALDWIN RN, BANNERJEE M. Gloucester hospital-at-home: a randomized controlled trial. *Age Ageing* 1995; 24:434-9.

9. GONZÁLEZ RAMALLO Víctor José., MARTÍNEZA Bernardo Valdivieso y. RUIZ GARCÍA Vicente, Hospitalización a domicilio, MedClin Barcelona, 2002; 118(17):pag. 659-664.
10. González, V., Valdivieso, B., Ruiz, V. *Hospitalización a domicilio*. Medicina Clínica 2002; 118: 659-664.
11. KOTLER Philip, AMSTRONG Gay, Marketing, Ed Prentice Hall, 2004.
12. Microsoft ® Encarta ® 2009. © 1993-2008 Microsoft Corporation.
13. ORB Angélica – SATIANGOS Alicia., Reseña de la Enfermería Domiciliaria: Una Perspectiva de la Atención Privada, Ciencia y enfermería *versión On-line* ISSN 0717- 553, Vol.11 No.1 Concepción jun. 2005
14. Piendamo-cauca.gov.co/nuestromunicipio
15. RODRÍGUEZ ÁVILA Nuria, Manual de sociología gerontológica, Edición Universitaria Barcelona, 2006 pág. 129-131
16. Secretaria Departamental de Salud del Cauca, Mortalidad por causa-Total Departamento y por Municipios 2008
17. Silvia-cauca.gov.co/nuestromunicipio
18. http://www.aprocom.org/axis/pdf_planes/manual_parte1.pdf
19. <http://es.wikipedia.org/wiki/Mercado>

20. <http://knol.google.com/k/cap%C3%ADtulo-1-la-atenci%C3%B3n-domiciliaria#>

FICHA BIBLIOGRAFICA DEL TRABAJO	
TIPO	Investigación formativa
TITULO	Diseño de un plan de mercadeo de una empresa de cuidados domiciliarios de enfermería en los municipios de Silvia y Piendamó
PROGRAMA	Auditoría y Garantía de la Calidad en salud con énfasis en Epidemiología
MODALIDAD DEL PROGRAMA	Posgrado
EDICION	Popayán-Cauca, Universidad EAN, 2011
AUTOR	Edward Mina Delgado
PALABRAS CLAVES	Cuidados domiciliarios; Enfermería, Plan de Mercadeo
DESCRIPCION	Este estudio aborda un plan de mercadeo enfocado para una empresa de cuidados domiciliarios de Enfermería.
FUENTES	<p>Base de Datos Única de Afiliados actualización 25 de mayo de 2011</p> <p>BONNEMA J, VAN WERSCH AM, VAN GEEL AN, PRUYN JF, SCHMITZ PI, UYLDE GROOT CA, et al. Cost of care in a randomised trial of early hospital discharge after surgery for breast cancer. Eur J Cancer 1998; 34:2015-20.</p> <p>CAPLAN GA, WARD JA, BRENNAN NJ, COCONIS J, BOARD N, BROWN A. Hospital in the home: a randomised controlled trial. Med J Aust 1999; 170:156-60.</p> <p>G. CARMONA Y C PÉREZ. Metodología para la Estimación del Coste Sanitario por Paciente en un Proceso Asistencial Integrado. Escuela Andaluza de Salud. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Granada, 2006; 1-18.</p> <p>CLARKE A. Benefits and drawbacks of hospital at home schemes. Prof Nurse 1997; 12: 734-67.</p> <p>COAST J, RICHARDS SH, PETERS TJ, GUNNELL DJ, DARLOW MA, POUNSFORD J. Hospital at home or acute hospital care? A cost minimisation analysis. BMJ 1998; 316:1802-6.</p> <p>DANE Censo 2005</p> <p>DONALD IP, BALDWIN RN, BANNERJEE M. Gloucester hospital-at-home: a randomized controlled trial. Age Ageing 1995; 24:434-9.</p> <p>V. J. GONZÁLEZ RAMALLO., B. V.MARTÍNEZA y. V. RUIZ GARCÍA, Hospitalización a domicilio, Med Clin Barcelona, 2002; 118(17):pag. 659-664.</p> <p>González, V., Valdivieso, B., Ruiz, V. Hospitalización a domicilio. Medicina Clínica 2002; 118: 659-664.</p> <p>KOTLER P., AMSTRONG Gay, Marketing, Ed Prentice Hall, 2004.</p> <p>Microsoft © Encarta © 2009. © 1993-2008 Microsoft Corporation.</p> <p>A. ORB – A. SATINGOS., Reseña de la Enfermería Domiciliaria: Una Perspectiva de la Atención Privada, Ciencia y enfermería versión On-line ISSN 0717- 553, Vol.11 No.1 Concepción jun. 2005.</p> <p>Piendamó-cauca.gov.co/nuestromunicipio.</p> <p>N. RODRÍGUEZ, Manual de sociología gerontológica, Edición Universitaria Barcelona, 2006 pág. 129</p> <p>Secretaría Departamental de Salud del Cauca, Mortalidad por causa-Total Departamento y por Municipios 2008.</p> <p>Silvia-cauca.gov.co/nuestromunicipio.</p> <p>http://www.aprocom.org/axis/pdf_planes/manual_parte1.pdf</p> <p>http://es.wikipedia.org/wiki/Mercado.</p> <p>http://knol.google.com/k/cap%C3%ADtulo-1-la-atenci%C3%B3n-domiciliaria#.</p>
CONTENIDO	El informe desarrolla un plan de mercadeo de una empresa de cuidados domiciliarios de Enfermería en los Municipios Silvia y Piendamó. En el cual se elaboró un diseño estratégico, un análisis financiero y la elaboración de instrumentos y encuesta para la recolección de información y determinar la disposición y la aceptabilidad de las EPS y/o los usuarios para contratar el servicio. Para la segunda fase la aplicación y análisis de la información recolectada, la cual quedara para otro estudio.
METODOLOGIA	Con un enfoque descriptivo se consultaron fuentes secundarias las cuales sirvieron para fundamentar la elaboración de un diseño estratégico, del análisis financiero y la creación de instrumentos y encuestas para la recolección de información.
CONCLUSIONES	El enfoque de la prestación de servicios de atención de Enfermería domiciliaria a nivel rural y urbano significara una mejora general en la prestación de los servicios de salud, que se traducirá en una mayor eficiencia y efectividad desde el punto de vista del cuidado. El análisis financiero realizado en esta investigación permitió determinar que la propuesta es rentable y viable. Esta definición esta soportada en los indicadores financieros los cuales fueron positivos. La financiación de la empresa tiene un buen soporte dentro de la normatividad colombiana, quien dentro del Plan Obligatorio de Salud especifica claramente que la mayoría de actividades y servicios que ofrece CECDEN IPS están cubiertas. Se recomienda avanzar hacia la aplicación de los instrumentos planteados en este estudio. Esto permitirá complementar, identificar la percepción que tienen las EPS y los usuarios sobre los servicios que ofrecerá CECDEN IPS y de esta manera fundamentar un poco más el estudio. Los instrumentos planteados en esta investigación serán una herramienta importante porque permitirá completar, el estudio de mercadeo e identificar la necesidad y la aceptabilidad hacia los servicios que ofrecerá la CECDEN IPS. El diseño estratégico permitió definir aspectos importantes de la forma como se guiará estratégicamente la empresa, teniendo en cuenta la planeación, seguimiento, control, evaluación y retroalimentación, los lineamientos planteados en el IFI y la fundamentación a través de las referencias bibliográficas. Por factor tiempo no fue posible realizar la totalidad del trabajo y que por eso se ha planteado una segunda y última fase antes de poner en marcha la empresa.
PERIODO ACADEMICO	20102