



Estudio de factibilidad para la creación de la Unidad Integral Materno Infantil de La Guajira
(UMIGUA)

Trabajo de grado para optar por el título de Maestría en Administración en Salud (MAS)

Andrés Francisco Fuentes Daza

Ranzell Elías Saurith Lindo

Viena Sofía Plata Guao

Bogotá D.C.

2022



Estudio de factibilidad para la creación de la Unidad Integral Materno Infantil de La Guajira
(UMIGUA)

Trabajo de grado para optar por el título de Maestría en Administración en Salud (MAS)

Andrés Francisco Fuentes Daza

Ranzell Elías Saurith Lindo

Viena Sofía Plata Guao

Bajo la dirección de:

Olga Lucia Moya Sáenz

Maestría en Administración en Salud (MAS)

Escuela de Administración

8 de agosto de 2022

Bogotá, D.C., Colombia

2022

Tabla de contenido

– Agradecimientos	VII
– Declaración de originalidad y autonomía	XI
– Declaración de exoneración de responsabilidad	XII
– Lista de figuras.....	XIII
– Lista de tablas	XIV
– Abreviaturas	XVII
– Anexos	XX
– Resumen ejecutivo	XXI
– Palabras clave.....	XXII
– Abstract	XXIII
– Keywords	XXIII
1. Descripción general del proyecto	24
1.1. Antecedentes	24
1.1.1. Plataforma Estratégica Unidad Integral Materno Infantil de La Guajira (UMIGUA)	
34	
• Misión.....	34
• Visión.....	34
• Objetivos estratégicos.....	34

• Modelo y Ruta de atención.....	35
1.1.2. Mapa de procesos.....	37
1.1.3. Mercado objetivo	38
1.1.4. Descripción de la industria o el sector	43
1.1.5. Argumento	46
1.1.6. Licencias o permisos.....	66
1.1.7. Forma jurídica.....	70
2. Validación de la oportunidad.....	71
2.1. Aspectos básicos de la validación de la oportunidad	92
2.2. Principales hallazgos o <i>insights</i>	94
2.3. Perfil básico de los <i>early adopters</i>	109
3. Producto o Servicio	112
3.1. Especificaciones técnicas del servicio.....	114
3.2. Características del servicio.....	116
3.3. Beneficios del servicio	117
3.4. Servicio posventa	118
4. Plan de mercadeo.....	120
4.1. Entorno económico del emprendimiento	120
4.2. Tipo de clientes del producto	126
4.3. Análisis competitivo.....	128

4.4. Planeación estratégica	130
▪ 4.4.1. Promoción	132
▪ 4.4.2. Publicidad	133
▪ 4.4.3. Presupuesto promocional	133
▪ 4.4.4. Pronóstico de ventas	134
5. Plan de operaciones	141
– 5.1. Producción	141
– 5.2. Localización	148
– 5.3. Entorno legal	149
– 5.4. Personal	152
– 5.5. Inventarios	153
6. Gestión y organización	154
7. Gastos de inicio y capitalización	156
8. Plan financiero	159
9. Riesgos y supuestos críticos	164
– 9.1. Riesgos y supuestos	164
– 9.2. Estrategia de salida	166
10. Beneficios a la comunidad	168
– 10.1. Impacto en el desarrollo económico	168
– 10.2. Impacto en el desarrollo de la comunidad	168

– Referencias bibliográficas	170
– Anexos	179

- Agradecimientos

Dedicado a la memoria de Layla Daza Fernández, en vida siempre confiaste en mí.

“Te quiero, enano”.

Después de un arduo camino educativo, después de momentos álgidos en dónde la visión se torna nublosa, solamente puedo agradecer a Dios. Él ha estado siempre presente en mis decisiones y me ha traído hasta este lugar, razón por la cual, siempre estaré agradecido con Él y le pediré a su Espíritu Santo la sabiduría para tomar las mejores decisiones en el porvenir.

Quiero agradecer a Soraya, mi madre, quien me ha hecho la persona que soy hoy en día. Agradezco a mi padre José Alberto, por estar pendiente de mí incluso en la distancia y a Rodrigo Escobar por sus enseñanzas. Agradezco a mis hermanos José Alberto y Juan Salvador quienes han sido un soporte en momentos de dificultad. Agradezco a cada una de mis tías por aportar, de forma especial, un granito de arena a este proyecto; Layla; Titi; Luz; Mari y Margarita; última quien nunca ha dejado de ser uno de los pilares en mi vida. Deseo plasmar un especial agradecimiento a Melquiades David, mi tío, psicólogo y concejero.

Para finalizar, agradezco la confianza incondicional, apoyo, fidelidad, respeto y motivación que me ha brindado Catherine Torres; compañera de vida y amiga.

Andrés Francisco Fuentes Daza.

Primeramente, agradecer a Dios por sus bendiciones, no queda más que retribuirle con buenas acciones que en su amor pueda hacer, convencido de sus planes hacia mí.

Agradezco a Nulvis, mi madre, quien ha estado conmigo en todo momento, a Victor, mi padre, que me ha enseñado de valores y respeto. De igual manera agradezco el acompañamiento de mis hermanos, Randall, Radel y Rayneel. A mis sobrinos, Firas, Randall, Raynell y Radel, que con su alegría me inspiran a trabajar cada día.

Por último, agradezco a Dilia, mi abuela, por sus oraciones eternas y cargadas de buenas vibras para con toda su familia.

Ranzell Elías Saurith Lindo.

Siempre he creído que el agradecimiento es la memoria del corazón. También que detrás de un logro, nunca se está solo; que Dios va obrando de maneras inimaginadas y pone personas en el camino que, con poco o mucho, te ayudan a llegar a la cima, y esta no es la excepción:

Mamá: gracias por el apoyo y cuidado incondicional, por no dejarme tirar la toalla, y levantarme cuando creo no poder más. Nunca terminaré de retribuirte todo lo que has hecho por mí.

Thaly: gracias por el amor, por verme desde la admiración, por el aliento, no merezco tanto de un ser con alma tan noble. Gracias por ser motor e inspiración.

Pedro: gracias por las palabras, por el silencio, por enseñarme a ser perseverante, valiente y conforme con el ejemplo. Gracias por ser polo a tierra.

Demás familiares: gracias por ser sostén y mantener la unidad familiar como tejido principal.

Amigos: gracias por secar mis lágrimas, por ser refrigerio para mi alma e impulsar mis sueños.

Papá: gracias por ese empujón final, antes de partir. Gracias por absolutamente todo, Pi... a ti me debo. Gracias por los 24 años compartidos, por tus enseñanzas y, tu legado de servicio y amor al prójimo. Todo el esfuerzo desde 2020 a hoy día, aquí plasmado, es dedicado a tu memoria.

Viena Sofía Plata Guao.

Agradecemos a la profesora Olga Lucía Moya, por su tutoría, su rigurosidad, por compartir su conocimiento sin reparo y guiarnos en el transcurso del proyecto, para que este fuese una realidad.

Andrés Francisco Fuentes Daza.

Ranzell Elías Saurith Lindo.

Viena Sofía Plata Guao.

– **Declaración de originalidad y autonomía**

Declaramos bajo la gravedad del juramento, que hemos escrito el presente Proyecto Aplicado Empresarial (PAE), en la modalidad de proyecto de emprendimiento (plan de negocio) por nuestra propia cuenta y que, por lo tanto, su contenido es original.

Declaramos que hemos indicado clara y precisamente todas las fuentes directas e indirectas de información y que este PAE no ha sido entregado a ninguna otra institución con fines de calificación o publicación.



Andrés Francisco Fuentes Daza



Ranzell Elías Saurith Lindo



Viena Sofía Plata Guao

Firmado en Bogotá, D.C. el 22 de junio de 2022

- Declaración de exoneración de responsabilidad

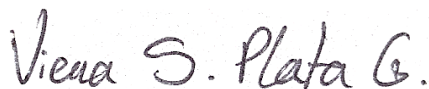
Declaramos que la responsabilidad intelectual del presente trabajo es exclusivamente de sus autores. La Universidad del Rosario no se hace responsable de contenidos, opiniones o ideologías expresadas total o parcialmente en él.



Andrés Francisco Fuentes Daza



Ranzell Elías Saurith Lindo



Viena Sofía Plata Guao

Firmado en Bogotá, D.C. el 22 de junio de 2022

– Lista de figuras

Figura 1. <i>Tendencia de nacimientos nacional 2009 – 2019.</i>	29
Figura 2 <i>Tendencia de nacimientos en La Guajira 2009 – 2019.</i>	30
Figura 3 <i>Tendencia de defunciones fetales nacional 2009 – 2019.</i>	30
Figura 4 <i>Tendencia de defunciones fetales en La Guajira 2009 – 2019.</i>	31
Figura 5 <i>Modelo de atención UMIGUA.</i>	35
Figura 6 <i>Ruta de atención.</i>	36
Figura 7 <i>Mapa de procesos UMIGUA.</i>	38
Figura 8 <i>Cuadro sinóptico de descripción del sector salud colombiano.</i>	45
Figura 9. <i>Causas y efectos de transmisión Materno-Infantil del VIH(SIDA).</i>	72
Figura 10. <i>Razón de mortalidad materna, Departamento de La Guajira, 2005 – 2017</i>	76
Figura 11. <i>Tasa de mortalidad neonatal, Departamento de La Guajira, 2005 – 2017</i>	77
Figura 12. <i>Tasa de mortalidad infantil, Departamento de La Guajira, 2005 – 2017</i>	78
Figura 13. <i>Tasa de mortalidad en la niñez, Departamento de La Guajira, 2005 – 2017.</i>	79
Figura 14. <i>Tasa de mortalidad por EDA, Departamento de La Guajira, 2005 – 2017</i>	81
Figura 15. <i>Tasa de mortalidad por IRA, Departamento de La Guajira, 2005 – 2017.</i>	82
Figura 16. <i>Tasa de mortalidad por desnutrición, Departamento de La Guajira, 2005 – 2017.</i> ..	83
Figura 17 <i>Principales causas de mortalidad por ciclo vital en hombres, Departamento de La Guajira, 2009 – 2018.</i>	84
Figura 18. <i>Principales causas de mortalidad por ciclo vital en mujeres, Departamento de La Guajira, 2009 – 2018.</i>	87
Figura 19. <i>Dimensiones incluidas en el Plan de Salud Pública.</i>	89
Figura 20. <i>Organigrama Unidad Materno Infantil de La Guajira (UMIGUA).</i>	155

- **Lista de tablas**

Tabla 1 <i>Indicadores poblacionales de La Guajira – 2021.</i>	28
Tabla 2 <i>Indicadores de vigilancia e inmunización nacional y departamental 2018 - 2020</i>	32
Tabla 3 <i>Población Afiliada al Régimen Subsidiado de La Guajira 2021</i>	41
Tabla 4 <i>Población Afiliada al Régimen Contributivo de La Guajira 2021.</i>	42
Tabla 5 <i>Variables influyentes en municipios fronterizos con Mortalidad Infantil por encima del promedio nacional.</i>	52
Tabla 6 <i>Listado de prioridades por dimensión del PDSP y grupo de riesgo (MIAS) Mortalidad, Departamento de La Guajira 2005 – 2017</i>	91
Tabla 7 <i>Servicios asociados al proyecto habilitados en Atlántico.</i>	94
Tabla 8 <i>Servicios asociados al proyecto habilitados en Magdalena.</i>	96
Tabla 9 <i>Servicios asociados al proyecto habilitados en Cesar.</i>	98
Tabla 10 <i>Servicios asociados al proyecto habilitados en La Guajira.</i>	99
Tabla 11 <i>Necesidades básicas insatisfechas según departamento.</i>	100
Tabla 12 <i>Población objeto afiliada departamento de Magdalena.</i>	101
Tabla 13 <i>Población objeto afiliada departamento de Atlántico.</i>	101
Tabla 14 <i>Población objeto afiliada departamento de Cesar.</i>	102
Tabla 15 <i>Régimen subsidiado La Guajira mayo 2021, población general.</i>	104
Tabla 16 <i>Régimen contributivo La Guajira mayo 2021, población general.</i>	104
Tabla 17 <i>Régimen subsidiado La Guajira mayo 2021, población indígena</i>	105
Tabla 18 <i>Población menor de 5 años por municipios, La Guajira mayo 2021.</i>	105
Tabla 19 <i>Población migrante y refugiada La Guajira febrero 2021</i>	106

Tabla 20 <i>Análisis cruzado grupo de servicio/población objeto.</i>	107
Tabla 21 <i>Servicios especializados asociados a la Unidad por departamentos.</i>	108
Tabla 22 <i>Modelo de Gestión CANVAS Unidad Materno Infantil de La Guajira (UMIGUA).</i>	110
Tabla 23 <i>Servicios para habilitar.</i>	113
Tabla 24 <i>Servicios con fines de inversión propia.</i>	115
Tabla 25. <i>Indicadores estratégicos de la UMIGUA</i>	119
Tabla 26 <i>Distribución porcentual de participación de EAPB en La Guajira.</i>	125
Tabla 27 <i>Tipo de Cliente y Modelo de negocio UMIGUA.</i>	127
Tabla 28 <i>Matriz de análisis competitivo UMIGUA.</i>	128
Tabla 29 <i>Plan de Marketing UMIGUA.</i>	130
Tabla 30 <i>Plancha de medios UMIGUA.</i>	132
Tabla 31 <i>Estrategia de publicidad UMIGUA.</i>	133
Tabla 32 <i>Distribución porcentual de presupuesto promocional.</i>	133
Tabla 33 <i>Paquetes guías quirúrgicos a ofertar.</i>	137
Tabla 34 <i>Paquetes guías consulta externa.</i>	138
Tabla 35 <i>Pronóstico de ventas grupo internación.</i>	138
Tabla 36 <i>Pronóstico de ventas grupo quirúrgico.</i>	139
Tabla 37 <i>Pronóstico de ventas grupo consulta externa.</i>	139
Tabla 38 <i>Pronóstico de ventas grupo atención inmediata.</i>	139
Tabla 39. <i>Intervenciones RIAS promoción y mantenimiento de la salud para niños y niñas de 29 días a 5 años.</i>	141
Tabla 40. <i>Intervenciones RIAS promoción y mantenimiento de la salud para niños y niñas de 6 años a 11 años.</i>	143

Tabla 41. <i>Intervenciones RIAS promoción y mantenimiento de la salud - adolescencia (12 años a 17 años).</i>	144
Tabla 42. <i>Intervenciones RIAS promoción y mantenimiento de la salud - juventud (18 años a 28 años).</i>	145
Tabla 43. <i>Otras Intervenciones RIAS promoción y mantenimiento de la salud - juventud (18 años a 28 años).</i>	146
Tabla 44. <i>Intervenciones RIAS promoción y mantenimiento de la salud - adultos de 29 años a 59 años.</i>	146
Tabla 45 <i>Relación mano de obra operativa.</i>	153
Tabla 46. <i>Inventario de dotación obligatoria de habilitación.</i>	153
Tabla 47. <i>Presupuesto obra civil.</i>	157
Tabla 48. <i>Parámetros económicos.</i>	158
Tabla 49. <i>Datos inversión inicial.</i>	158
Tabla 50. <i>Montos de financiamiento.</i>	159
Tabla 51. <i>Egresos operativos.</i>	160
Tabla 52. <i>Egresos del proyecto.</i>	161
Tabla 53. <i>Costos por ventas.</i>	161
Tabla 54. <i>Proyección flujo de caja.</i>	162
Tabla 55. <i>Valor Presente Neto y Tasa de Retorno de Inversión.</i>	163
Tabla 56. <i>Mapa de riesgo de la UMIGUA.</i>	166

– Abreviaturas

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

Comunidades gitanas (población ROM)

Entidades Promotoras de Salud (EPS)

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB),

Unidad Integral Materno Infantil de La Guajira (UMIGUA)

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)

Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT)

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI)

Tasa Promedio De Mortalidad Infantil (TMI)

Organización Panamericana De La Salud (OPS)

Organización Mundial De La Salud (OMS)

tasa promedio de mortalidad infantil (TMI)

Mortalidad neonatal precoz (MNP)

Mortalidad neonatal tardía (MNT)

Morbilidad Extrema (MEO)

Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)

Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)

Política de Atención Integral en Salud –PAIS

Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE

Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS)

atención primaria en salud (APS)

Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS)

Sistema único de Rehabilitación (SUH)

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)

Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC)

Sistema Único de Acreditación (SUA)

Análisis de Situación en Salud (ASIS)

Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

necesidades básicas insatisfechas (NBI)

Infección Respiratoria Aguda - IRA

Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)

Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)

Organización No Gubernamental (ONG)

Producto interno Bruto (PIB)

Instituto de Seguro Social (ISS)

Unidad de Cuidado Intensivo/Crítico (UCI)

Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF)

Registro Único Tributario (RUT)

Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS)

Valor Presente Neto (VPN)

Tasa de Retorno de Inversión (TIR)

- Anexos

Anexo A. Paquetes guías de la Unidad Materno Infantil de La Guajira.....	179
Anexo B. Estudios previos de la Unidad Materno Infantil de La Guajira.	179
Anexo C. Reglamentación urbana de la Unidad Materno Infantil de La Guajira.	179
Anexo D. Estudios de suelos de la Unidad Materno Infantil de La Guajira.	179
Anexo E. Programa médico-arquitectónico de la Unidad Materno Infantil de La Guajira.	
.....	179
Anexo F. Dotación de la Unidad Materno Infantil de La Guajira.	179
Anexo G. Talento Humano – Cuadros Rotativos de la Unidad Materno Infantil de La	
Guajira.	180
Anexo H. Inicio y Plan Financiero de la Unidad Materno Infantil de La Guajira.....	180

- Resumen ejecutivo

Estudio de factibilidad para la creación de la Unidad Integral Materno Infantil de La Guajira.

El departamento de La Guajira es popular a nivel nacional e internacional por sus paisajes, cultura y tradiciones, y sus altos niveles de turismo. Sin embargo, esconde un mundo de necesidades insatisfechas en el sector salud, entre ellos la niñez. La población Materno Infantil, comprende a las mujeres en edad de gestación y/o en gestación, y los niños, niñas y adolescentes, entre los 0 a 17 años. Además, que las atenciones requeridas son de cuarto nivel, y que sobre ello recaen los servicios que pretenden habilitarse. para garantizar la atención de esta forma, se propone la habilitación de 36 servicios, acorde a la Ruta Materno – Perinatal y de Pediatría. En línea con la prestación de servicios, se estudió el comportamiento del aseguramiento, dejando una brecha de cobertura con relación negativa entre las zonas rurales y urbana, situación que se agudiza al llevar al ejercicio a las zonas rurales dispersas. El shock migratorio, toma importancia al analizar las atenciones que se ven representadas en este grupo poblacional. Por lo tanto, se llevó a cabo un ejercicio sobre el análisis comparativo de la capacidad instalada por departamento y el flujo poblacional afiliado, dejando distintos análisis favorecedores a la alternativa de solución. En ese sentido, la inversión inicial se aproximaría a los 37.116 millones de pesos, con una composición de 20% de recursos propios aportados por los socios a la SAS y un 80% apalancado en el sector bancario en un periodo de 5 años. el proyecto presenta un valor presente neto de \$12.729.155.100 lo que se traduce en que los dineros invertidos en el proyecto rentan a una tasa superior al costo de oportunidad. La TIR por su parte, supera con sobras la rentabilidad mínima esperada de 8%, lo que confirma la factibilidad y la aceptación del proyecto.

– **Palabras clave**

Materno, infantil, mortalidad, morbilidad, integralidad.

– Abstract

Feasibility study for the creation of the Maternal and Child Integral Unit of La Guajira.

The department of La Guajira is popular nationally and internationally for its landscapes, culture and traditions, and its high levels of tourism. However, it hides a world of unsatisfied needs in the health sector, including children. The Maternal and Child population includes women of childbearing age and/or in gestation, and children and adolescents, between 0 to 17 years of age. In addition, that the attention required is fourth level, and that the services that are intended to be enabled fall on it. To guarantee care in this way, it is proposed to enable 36 services, according to the Maternal – Perinatal and Paediatric Route. In line with the provision of services, the behaviour of insurance was studied, leaving a coverage gap with a negative relationship between rural and urban areas, a situation that worsens when taking the exercise to dispersed rural areas. The migratory shock becomes important when analysing the care that is represented in this population group. Therefore, an exercise was carried out on the comparative analysis of the installed capacity by department and the affiliated population flow, leaving different analyses favourable to the alternative solution. In that sense, the initial investment would approach 37,116 million pesos, with a composition of 20% own resources contributed by the partners to the SAS and 80% leveraged in the banking sector in a period of 5 years. The project has a VPN of \$12,729,155,100, which means that the money invested in the project earns at a rate higher than the opportunity cost. TIR, for its part, far exceeds the minimum expected return of 8%, which confirms the feasibility and acceptance of the project.

– Keywords

Maternal, infant, mortality, morbidity, integrality.

1. Descripción general del proyecto

1.1. Antecedentes

El departamento de La Guajira es popular a nivel nacional e internacional por sus paisajes, cultura y tradiciones, y sus altos niveles de turismo. Sin embargo, esconde un mundo de necesidades insatisfechas en el sector salud, entre ellos la niñez. Esta etapa de la vida es uno de los grupos poblaciones más afectados, que, sin duda alguna, merece una alternativa que mejore las condiciones generales, fortalecido desde la prestación del servicio al binomio madre-hijo.

La Guajira es uno de los departamentos de Colombia, que sin duda alguna tiene muchos retos por afrontar, basta con hacer una búsqueda activa de noticias, artículos, investigaciones, y demás, para demostrar la cantidad de vacíos que existen al interior de esta jurisdicción con ocasiones sociales, políticas y económicas. De hecho, en distintas oportunidades a la vista del nivel nacional e internacional (con la cooperación y organismos multilaterales) se ha vislumbrado como una zona sumida en distintas crisis sociales, de coyunturas parecidas a tiempos pasados y tal vez surrealistas. Lo cierto, es que el llamado de las mismas situaciones presentadas requiere de esfuerzos desde ámbitos multidimensionales, que solo se ha venido estudiando hasta hace muy poco en la literatura.

El departamento de La Guajira (en Wayuunaiki, -Wayira) se ubica en la zona más septentrional de la región Caribe y Colombia. Limita al oriente con Venezuela, al sur con el departamento del Cesar y al occidente con el departamento del Magdalena. Con una superficie total de 20.848 km² (1.8% del total de la nación), cuenta con la mayor extensión de costa marina sobre el Mar Caribe

en el orden de 403 km y 249 km de frontera terrestre. Está conformado por 14 municipios, 1 distrito especial, 44 corregimientos, 69 inspecciones de policía, así como numerosos caseríos y centros poblados por indígenas wayuu, conocidos como rancherías.

Su capital es Riohacha, la cual mediante la Ley 1766 de 2015 fue categorizada como Distrito Especial, Turístico y Cultural. El departamento ha sido dividido por su configuración territorial en tres grandes regiones de noreste a suroeste, correspondientes a la Alta Guajira, Media Guajira y Baja Guajira. Su geografía física se caracteriza por la diversidad de ecosistemas terrestres y marinos dada la presencia de todos los pisos térmicos de la zona intertropical y el ciclo de temperaturas que en promedio oscilan entre 35°C a 40°C. En general la biodiversidad terrestre incluye desiertos, humedales en zonas montañosas y bosque tropical seco propenso a la aridez, baja vegetación y una fuerte estacionalidad de lluvias y adaptada a condiciones de estrés hídrico.

La distribución poblacional por grupo etario deja entrever las altas tasas de natalidad en la región, con niveles del 24% entre niños de 0 a 4 años y de 5 a 9 años respectivamente; la población adolescente y joven entre los rangos de 10 a 29 años es la más alta, ocupando aproximadamente el 40%; los adultos entre 30 y 59 años representan en promedio el 30%; y finalmente los mayores de 60 años el 6% del total poblacional, mostrando un incremento en la esperanza de vida. Las dinámicas poblacionales actuales son determinantes para el análisis de los principales indicadores socioeconómicos incluyendo las causales que impiden o condicionan el cierre de brechas en la región. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, s.f.-a)

Los grupos poblacionales presentes en el territorio son: indígenas wayuu, indígenas serranos, afrodescendientes, grupos minoritarios árabes y los criollos, quienes cuentan con sus propias particularidades culturales. La ubicación fronteriza de La Guajira ha promovido un continuo flujo de población proveniente de Venezuela, aunado a las singularidades de la gran nación wayuu cuyos principios de gobernanza no concibe el concepto de “frontera” establecido por el conocimiento occidental. Así, los Wayuu son categorizados como binacionales, representados por aproximadamente 440.000 personas de las cuales se estima que 255.000 residen en Venezuela y 185.000 en Colombia. Esta característica tiene una incidencia importante en los indicadores de migración históricos reflejados localmente los cuales impactan aspectos sociales, económicos y culturales propios del territorio. Al ser un departamento fronterizo, el flujo poblacional entre los dos países es constante. Cifras de Migración Colombia y el DANE a 2018, estiman que en los últimos 5 años han arribado más de 42 mil personas a La Guajira, constituyéndose en el tercer departamento con mayor número de migrantes del vecino país, solo antecedido por Cundinamarca y Norte de Santander. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, s.f.a) (Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos en Colombia, 2020)

A corte 2018, los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda del DANE indican que de los grupos étnicos presentes en el territorio 94.1% son Wayuu, quienes representan el 48% de la población total; 3.3% Wiwa (Arzario), 1.7% Kogui (Kaggaba) y 1% distribuidos entre Arhuacos (Ijka), Zenú, Kankuamos, entre otros. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, s.f.a)

Mientras que los Wayuu predominan en los municipios de Uribia, Manaure, Maicao y Riohacha, los Wiwa, Kogui, Arhuacos y Kankuamos habitan mayoritariamente en estribaciones de la Sierra Nevada. Según cifras del Ministerio del Interior, a 2018 existen 26 resguardos donde residen la mayor parte de los indígenas Wayuu y dos resguardos entre los Koguis y los Malayos – Arhuacos. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, s.f.a)

Según el Censo del DANE de 2005, en el territorio la población negra, mulata o afrocolombiana se estima en el orden de 91.674 habitantes. Porcentualmente, ocupan el 13,98% respecto los grupos poblacionales restantes, cifra comparable con el resto del territorio colombiano de 10.62%. Un porcentaje del 0.02% se denomina de origen raizal; mientras que las fuentes estadísticas del DANE evidencian que a 2017, la cantidad de personas de origen ROM es menor o igual a 50; no obstante, otras fuentes oficiales han descrito la ausencia de estos grupos en el territorio. (Gobernación de La Guajira, 2020) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, s.f.a)

La dinámica poblacional del departamento de La Guajira, en el último Censo Nacional de Población y Vivienda del DANE (Tabla 1), reporta para el año 2021, una población de 987.781 habitantes, de los cuales 49% son hombres, y 51%, mujeres. El 49,48% de la población vive en zona urbana, mientras que el 50,51% vive en zona rural. La Guajira al poseer diferentes relieves, que van desde el desierto hasta zonas montañosas, alberga en un poco más de la mitad de su territorio, zonas rurales dispersas; lo que muestra, una de las barreras importantes para la atención en Salud: la topografía. Municipios como Uribia, que en su mayoría es rural, requieren de unas intervenciones diferenciales, anidados, de igual manera, con la presencia étnica en la zona. La

Sierra Nevada de Santa Marta, la cual posee jurisdicciones de los municipios de Riohacha, Dibulla y San Juan del Cesar, representa otro de los grandes retos en la atención del departamento. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.c)

Tabla 1 Indicadores poblacionales de La Guajira – 2021.

No.	INDICADORES	VALORES PAÍS	VALORES DEPARTAMENTO
DEMOGRÁFICOS			
1	Población Total 2021 (proyecciones DANE)	51.049.498	987.781
2	Población Cabecera 2021 (proyecciones DANE)	38.897.845	488.775
3	Población Resto 2021 (proyecciones DANE)	12.151.653	499.006
4	Población Hombres 2021 (proyecciones DANE)	24.912.231	483.073
5	Población Mujeres 2021 (proyecciones DANE)	26.137.267	504.708

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.c)

La pobreza en el departamento de La Guajira se ve reflejada en la composición porcentual de los regímenes en salud, claramente, se denota un alto porcentaje de la población subsidiada frente a la población contributiva. En el análisis publicado por el DANE en el mes de abril del 2021, el Departamento registra un índice de pobreza monetaria de 66,3% para el año 2020, que frente a los años 2018 y 2019 tuvo un aumento importante pasando por 57,2% y 61,8% respectivamente. De la misma forma, el índice de pobreza monetaria extrema muestra un aumento, comportamiento preocupante que se confirma con el coeficiente Gini departamental, el cual fue de 0,565, es decir por encima de la media nacional. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, s.f.c)

La pobreza monetaria y la pobreza monetaria extrema se denotan cuando se realiza el análisis lineal entre los géneros. Según el DANE las mujeres tienden a tener unos índices mayores que los hombres en el departamento, lo que para este proyecto determina como variable proxy la

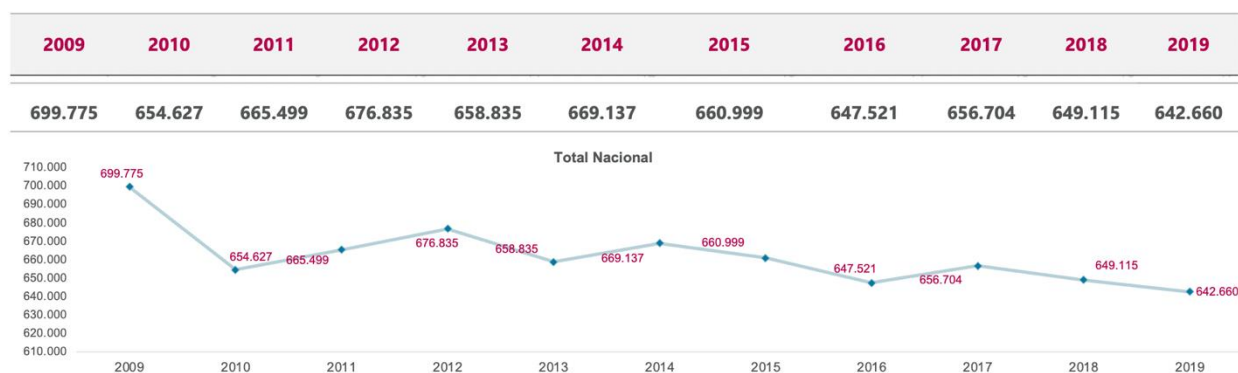
vulnerabilidad de la población a atender. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, s.f.c)

A sabiendas de lo altamente rural que es el departamento de La Guajira, la pobreza se acentúa sobre los centros poblados y las zonas rurales dispersas; demostrando por años que el rezago de las zonas rurales y las consideradas de la misma manera, es debido a la baja productividad agrícola. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, s.f.c)

En la última encuesta realizada por el DANE, sobre el Pulso Social, en el cual se describe el Indicador de Confianza del Consumidor, como una notable descripción de problemática económica y social alrededor de los hogares colombianos, cuando se le preguntó a los hogares del Distrito de Riohacha, sobre el número de comidas diarias consumidas en los últimos siete días, un 24,7% respondió que su capacidad adquisitiva sólo podría solventar dos comidas al día y un 0,9% tan solo una comida al día. Esto demuestra un problema de inseguridad alimentaria agudizada a través de la pérdida de capacidad de pago y gasto de bolsillo de los hogares, en los cuales, se encuentran mujeres en edad de gestación, niños, niñas y adolescentes. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, s.f.b)

Como agravante, el departamento de La Guajira tuvo un aumento significativo en el número de los nacimientos en comparación con el nivel nacional, puesto que el país tuvo una disminución importante, tal como lo demuestran los gráficos en las figuras 1 y 2.

Figura 1. *Tendencia de nacimientos nacional 2009 – 2019.*



Fuente: (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, s.f.a)

Figura 2 *Tendencia de nacimientos en La Guajira 2009 – 2019.*



Fuente: (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, s.f.a)

Asimismo, y en concordancia con los datos anteriores, hubo un aumento en las defunciones fetales del departamento, frente a la disminución de nivel nacional (Figuras 3 y 4).

Figura 3 *Tendencia de defunciones fetales nacional 2009 – 2019.*



Fuente: (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, s.f.a)

Figura 4 *Tendencia de defunciones fetales en La Guajira 2009 – 2019.*



Fuente: (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, s.f.a)

En La Guajira, en lo que tiene que ver, con los indicadores de seguimiento en Salud Pública (Tabla 2), de acuerdo con el entorno materno – infantil, el panorama no es alentador. Se puede observar una Razón de Mortalidad Materna a 42 días bastante fluctuante, entre los años 2018 y 2020. En el año 2019, hubo una disminución importante que puede obedecer al fortalecimiento de las estrategias de prevención o a la falta de notificación en el Sistema de Vigilancia, sin embargo, en el año 2020 hubo un comportamiento inusual de este evento en Salud Pública, que pudiese tener varias interpretaciones, entre ellos el proceso de Pandemia, en el cual disminuyó la confianza en

la utilización de los servicios de salud en las instituciones prestadoras de servicios. En ese mismo sentido, la Tasa de Mortalidad en Menores de un año, también ha tenido unos aumentos pronunciados, dejando en evidencia la falta de seguimiento a los neonatos. Lo demuestra también, el bajo Porcentaje de Nacidos Vivos con cuatro o más controles prenatales, que para los años 2018, 2019 y 2020 siempre estuvo por debajo de la media nacional. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.c)

Esto requiere de una revisión estructural de los procesos al interior del Sistema en Salud del departamento y evaluar minuciosamente la calidad y oportunidad del servicio, debido a que este grupo poblacional, como las mayorías de las morbilidades, requieren una atención basadas en la evidencia de las guías de práctica clínica adoptadas, adaptadas en los procesos de atención de los prestadores de servicios de salud

Frente al tema de vacunación, La Guajira goza de unos trazadores con muy buenas coberturas, sin embargo, el panorama frente al Plan Nacional de Vacunación COVID-19, ha dejado percepciones sobre el impacto que puede tener el doblegarse en esfuerzos para cumplir con los objetivos de este. El esquema regular de vacunación es uno de los mayormente afectados, y que requerirá de aunar alternativas para aumentar dichas coberturas. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.c)

Tabla 2 *Indicadores de vigilancia e inmunización nacional y departamental 2018 - 2020*

INDICADORES	VALORES PAÍS	VALORES DEPARTAMENTO
Razón de Mortalidad Materna a 42 días (por 100.000 nacidos vivos), 2018	51,01	147,08
Razón de Mortalidad Materna a 42 días (por 100.000 nacidos vivos), 2019	45,29	92,89
Razón de Mortalidad Materna a 42 días (por 100.000 nacidos vivos), 2020	65,78	161,28
Tasa de Mortalidad en Menores de Un Año de Edad (por 1.000 nacidos vivos), 2018	11,29	19,51
Tasa de Mortalidad en Menores de Un Año de Edad (por 1.000 nacidos vivos), 2019	11,35	23,51
Tasa de Mortalidad en Menores de Un Año de Edad (por 1.000 nacidos vivos), 2020	10,12	17,06
Tasa estimada de mortalidad infantil (Un Año de Edad) (por 1.000 nacidos vivos), 2016	16,80	32,81
Tasa estimada de mortalidad infantil (Un Año de Edad) (por 1.000 nacidos vivos), 2017	16,50	39,37
Tasa estimada de mortalidad infantil (Un Año de Edad) (por 1.000 nacidos vivos), 2018	17,31	54,89
Tasa de Mortalidad en La Niñez (Menores de 5 Años de Edad) (por 1.000 nacidos vivos), 2018	13,76	25,96
Tasa de Mortalidad en La Niñez (Menores de 5 Años de Edad) (por 1.000 nacidos vivos), 2019	13,71	27,61
Tasa de Mortalidad en La Niñez (Menores de 5 Años de Edad) (por 1.000 nacidos vivos), 2020	12,11	20,46
Tasa de Mortalidad por Desnutrición en Menores de 5 Años, 2018	9,06	78,95
Tasa de Mortalidad por Desnutrición en Menores de 5 Años, 2019	9,25	65,15
Tasa de Mortalidad por Desnutrición en Menores de 5 Años, 2020	6,75	51,60
Tasa de Mortalidad General, 2018	4,75	2,65
Tasa de Mortalidad General, 2019	4,95	3,29
Tasa de Mortalidad General, 2020	5,97	3,67
Porcentaje de Nacidos Vivos con Bajo Peso al Nacer, 2018	9,21	9,49
Porcentaje de Nacidos Vivos con Bajo Peso al Nacer, 2019	9,46	9,39
Porcentaje de Nacidos Vivos con Bajo Peso al Nacer, 2020	9,16	9,70
Porcentaje de Nacidos Vivos con Cuatro o Más Consultas de Control Prenatal, 2018	86,10	65,42
Porcentaje de Nacidos Vivos con Cuatro o Más Consultas de Control Prenatal, 2019	83,92	61,33
Porcentaje de Nacidos Vivos con Cuatro o Más Consultas de Control Prenatal, 2020	80,18	57,84
Porcentaje de Partos Institucionales, 2018	98,33	98,17
Porcentaje de Partos Institucionales, 2019	98,39	97,89
Porcentaje de Partos Institucionales, 2020	97,26	89,08
Porcentaje de Partos por Cesárea, 2018	44,37	42,66
Porcentaje de Partos por Cesárea, 2019	44,51	40,82
Porcentaje de Partos por Cesárea, 2020	44,61	38,71
INMUNIZACIÓN		
Coberturas de vacunación		
Antituberculosa (BCG) en Menores de 1 año - 2020	78%	94%
Pentavalente (DTP-HiB-HB) en Menores de 1 año - 2020	77%	90%
Triple Viral (Sarampión, Rubéola y Paperas (SRP)) Niños de 1 año - 2020	81%	95%

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.c)

Lo que se ha documentado en investigación y/o planificación, es que el departamento conoce sus barreras, tiene en cuenta sus limitantes y, además crea planes de acción ajustados a las realidades territoriales, tal como lo indica la norma; no obstante, en el ámbito contrario, demanda la transferencia de conocimiento continuo hacia la población. A medida que la población va aumentando, debe incrementar la transferencia y la conformación de isomorfismos familiares que permitan el autocuidado.

Topográficamente, La Guajira requiere de esfuerzos estructurales en el sistema, concertado con la armonía entre los componentes de la prevención y la atención. Por ello, se tiene la intención

de crear la Unidad Integral Materno Infantil de La Guajira, una Institución Prestadora de Servicios de Salud, que logre velar por la población en ella acaecida de manera global, abarcando la necesidades en salud que la población requiera.

1.1.1. Plataforma Estratégica Unidad Integral Materno Infantil de La Guajira (UMIGUA)

- ***Misión***

Impactar positivamente el entorno de los hogares y el aura individual de nuestros usuarios, por medio de la optimización de la calidad, procesos de innovación y atención humanizada.

- ***Visión***

Seremos la institución que cambia la historia de la prestación del servicio en salud, garantizando la integralidad de la atención, al binomio madre-hijo en el departamento de La Guajira.

- ***Objetivos estratégicos***

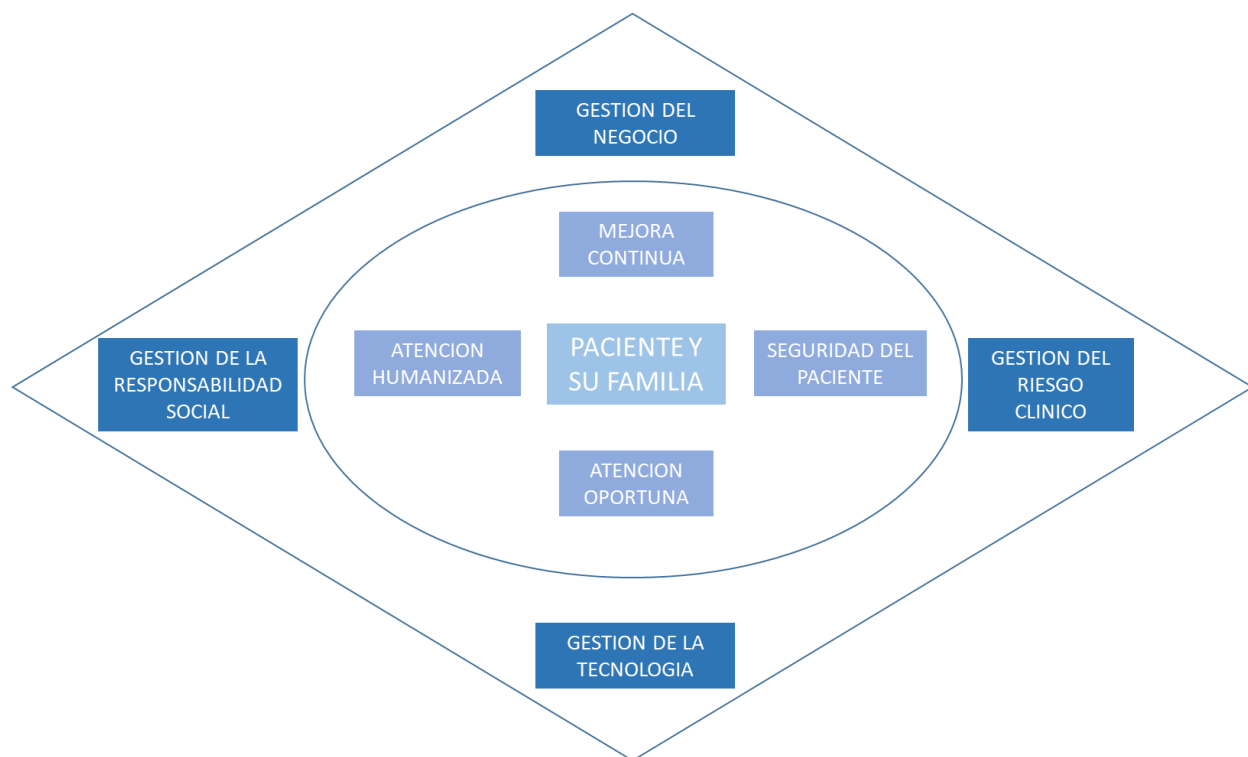
- Prestar un servicio de salud integral, con humanización, alta capacidad técnica y científica, de manera prioritaria al grupo poblacional Materno-Infantil, con enfoque diferencial enmarcado en las necesidades del entorno.
- Diseñar y desarrollar estrategias de atención, que permitan una constante transformación y adaptabilidad conforme a la dinámica individual, grupal, familiar y social del departamento, garantizando la oportunidad y calidad en la atención en salud.

- Promover y gestionar calidad del dato, generando una cultura de innovación, investigación, desarrollo y transferencia del conocimiento.
- ***Modelo y Ruta de atención.***

Se presentan las Figuras 5 y 6, que aterrizan y/o traducen en procesos y procedimientos la plataforma estratégica planteada anteriormente, teniendo en cuenta que el enfoque diferencial de la UMIGUA está enmarcado en la interculturalidad, en lo poblacional, y en la zona rural dispersa, respecto a lo territorial. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pp. 44-45).

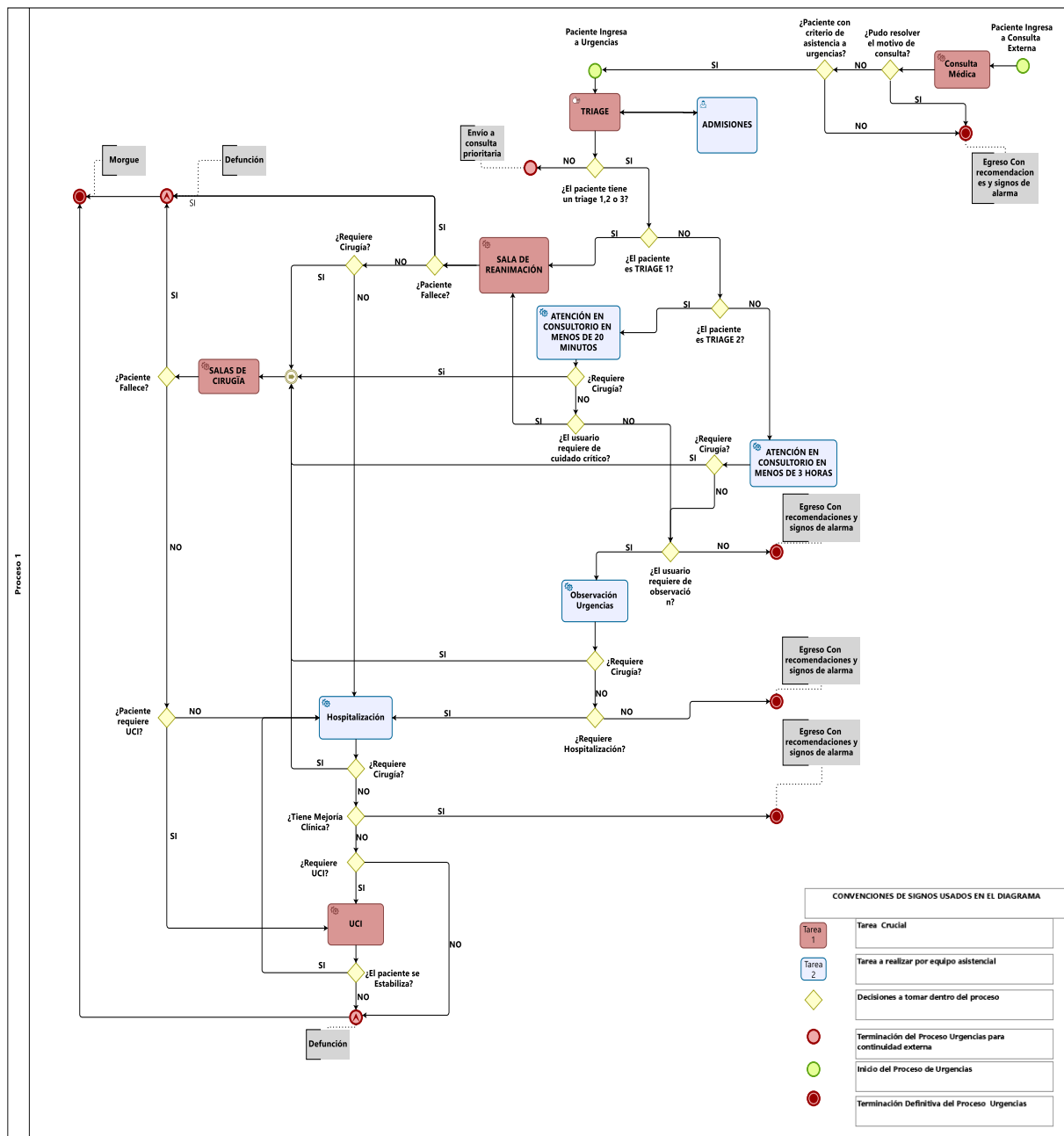
Es de aclarar que se toman conceptos claves de los ejes de la Acreditación en salud, los cuales se quieren abordar sistemática y progresivamente en el momento que el prestador, se habilite e inicie la prestación de los servicios en salud.

Figura 5 *Modelo de atención UMIGUA.*



Fuente: Elaboración propia.

Figura 6 Ruta de atención.

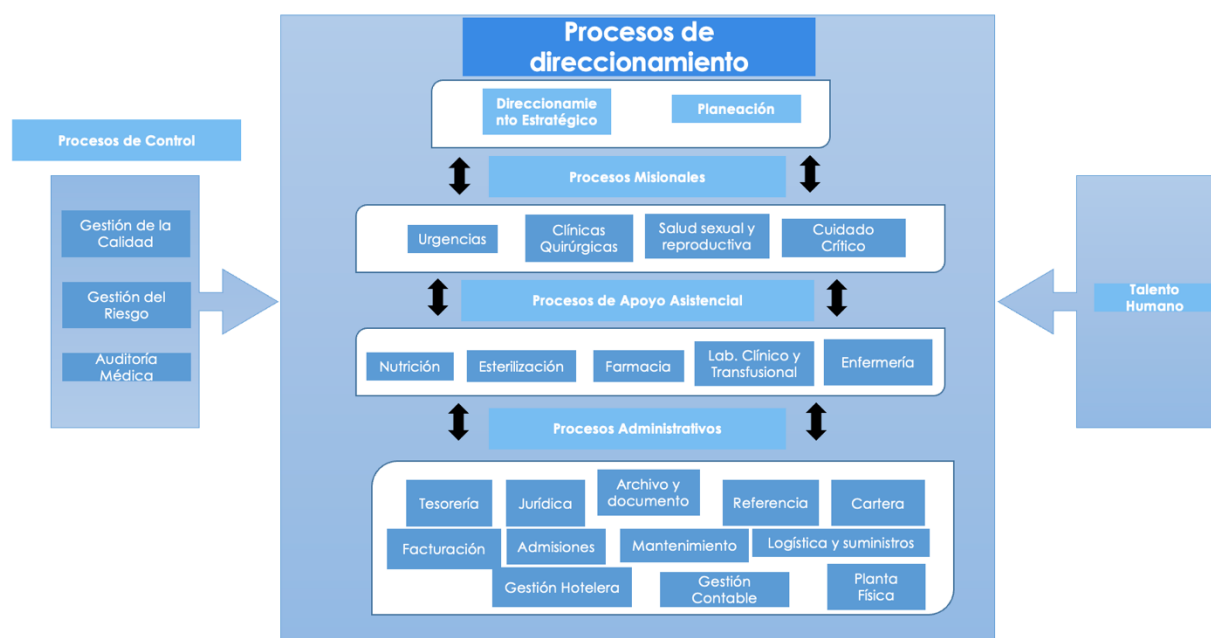


Fuente: Elaboración propia.

1.1.2. Mapa de procesos

La Unidad cuenta con un mapa de procesos extenso (Figura 7), que se debe articular entre sí para brindar una atención que cumpla con los estándares normativos enmarcadas en brindar servicios con alta calidad y basada en una gestión por procesos.

Figura 7 Mapa de procesos UMIGUA.



Fuente: Elaboración propia.

1.1.3. Mercado objetivo

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, establecido por la *Ley 100 de 1993*, en su segundo libro, tiene dos objetivos principales que son: “regular el servicio público esencial de

salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención” (p. 62).

Por ende, el mercado que se afronta es amplio, diverso y complejo, que brinda un abanico de responsabilidades, obligaciones y roles dependientes de asignaciones descritas en la normativa colombiana.

El primer grupo de organismos que componen el Sistema de Salud colombiano, son los de Dirección, Vigilancia y Control, organismos vinculados de manera directa con el Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, que tiene como responsabilidad la gestión política e intersectorial, arquitectura institucional y directriz del Sistema. Asimismo, el artículo 155 de la Ley 100 de 1993, incluye al Ministerio de Trabajo, al nivel del Ministerio de Salud y Protección Social, debido al compromiso impreso en las políticas, normas y convenios internacionales de protección al trabajador. Subsecuente a ello, está el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual, según los artículos 171 y 172 de la misma Ley, es el organismo de concertación entre los distintos integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud; sus decisiones son de carácter obligatorio y deben ser adoptadas por el Gobierno Nacional. Por último, concurre la responsable de garantizar y proteger la participación ciudadana, la calidad y humanización del servicio, a través de la inspección, vigilancia y control eficaz y oportuna: Superintendencia Nacional en Salud. (*Ley 100 de 1993*)

Los organismos de Administración y Financiación del Sistema son el segundo actor o grupo de actores que hace frente al mercado en que se está inmerso. Estos organismos son la Entidades Promotoras de Salud (EPS), ahora llamadas Entidades Administradoras de Planes de

Beneficios de Salud (EAPB), las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud (Secretarías de Salud – Entidades Territoriales) y Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Las EAPB tienen la obligación de afiliar a los usuarios al Sistema y administrar el riesgo (prestación en promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) de estos, mediante el Plan de Beneficios en Salud (PBS), según el artículo 180 de la Ley en cuestión, en los términos que reglamente el Gobierno. Mientras que las Entidades Territoriales deben identificar las prioridades (análisis situacional), adecuar, fortalecer y garantizar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población de su territorio, a través de la gestión social y comunitaria; en especial la administración y financiación de la prestación de los servicios de salud propios del régimen subsidiado y población vulnerable, desde cualquier fuente de recurso a estas relacionadas, entre ellas la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) que tiene como objeto la compensación entre la diversidad de personas del Sistema, y funciones complementarias establecidas (cubrir riesgos catastróficos, accidentes de tránsito, entre otros). De igual forma, las Entidades Territoriales tienen responsabilidades de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo del ambiente que afectan la salud. Todo lo anterior de conformidad con la Ley 60 de 1993 y la Ley 100 del mismo año. (*Ley 100 de 1993*)

Un tercer actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Estas pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta y tienen como estamento brindar servicios de atención en salud integrales a los afiliados al Sistema dentro o fuera de las EAPB. Los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes son IPS. (*Ley 100 de 1993*)

Al seguir la secuencia de integrantes del Sistema, se encuentran otras entidades de salud que estén adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo, al entrar en vigor la Ley 100 de 1993.

Luego de estos organismos claramente organizados, se identifican como parte primordial y objetivo de mercado en este sector, individuos, grupos, organizaciones y, redes sociales y comunitarias: empleadores, trabajadores (dependientes e independientes), pensionados, beneficiarios en todas sus modalidades, Comités de Participación Comunitaria (COPACOS), organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud, en general, todo colombiano. *(Ley 100 de 1993)*

Particularizando el mercado a La Guajira, además de todos los entes gubernamentales anteriormente mencionados, los posibles compradores de los servicios a ofertar serían EAPB tanto subsidiadas como contributivas (tablas 3 y 4), como A.I.C., Ambuq, Anas Wayuu, Cajacopi, Comfaguajira, Dusakawi, Saludvida, Comfacor, Coosalud, Nueva EPS, Saludvida, Saludtotal y Sanitas; del mismo modo, Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y personas con capacidad de gasto de bolsillo en salud. (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, s.f.)

La participación en el mercado de las EAPB, acorde a la Dirección Técnica de Aseguramiento de Secretaría de Salud de La Guajira a corte de mayo de 2021, está dada por las tablas 3 y 4, régimen subsidiado y contributivo respectivamente.

Tabla 3 *Población Afiliada al Régimen Subsidiado de La Guajira 2021*

EPS'S	ENERO DE 2021	FEBRERO 2021	MARZO 2021	ABRIL 2021	MAYO 2021	% variación Mayo 2021 - Abril 2021
COMFAGUAJIRA	244,877	247,611	248,055	248,01	248,346	0.14%
ANAS WAYUU	207,288	209,922	210,556	210,82	211,31	0.23%
DUSAKAWI	145,888	146,692	147,654	148,169	148,77	0.40%
CAJACOPI	119,158	119,823	119,123	119,148	118,776	-0.31%
AIC	38,12	38,534	38,512	38,577	38,508	-0.18%
NUEVA EPS	20,568	21,162	21,362	21,642	21,986	1.56%
E.P.S. SANITAS	7,659	7,599	7,66	7,585	7,468	-1.57%
COOMEVA	6,51	6,525	6,752	6,666	6,424	-3.77%
SALUD TOTAL	4,109	4,057	3,981	3,903	3,845	-1.51%
COOSALUD E.S.S.	1,544	1,555	1,54	1,519	1,483	-2.43%
COMPARTA	2	2	3	3	4	25.00%
MUTUAL SER	3	3	2	1	2	50.00%
COMPENSAR E.P.S.	1	1	1	1	1	0.00%
ECOOPSOS	1	1	0	2	0	.
SAVIA SALUD E.P.S.	1	0	0	1	0	.
ASMET SALUD	0	0	0	1	0	.
SURAMERICANA S.A	0	0	1	0	0	.
EMSSANAR	0	0	1	0	0	.
TOTAL LA GUAJIRA	795,729	803,487	805,203	806,048	806,923	0.11%

Nota: Reporte ante la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) del Consorcio ADRES. Fuente:
(Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, s.f.)

Tabla 4 Población Afiliada al Régimen Contributivo de La Guajira 2021.

EPS	ENERO 2021	FEBRERO 2021	MARZO 2021	ABRIL 2021	MAYO 2021	% variación Mayo 2021 - Abril 2021
E.P.S. SANITAS	50,095	51,03	51,826	52,351	53,133	1.47%
NUEVA EPS S.A.	44,635	45,117	45,85	46,059	46,631	1.23%
SALUD TOTAL S.A.	14,749	14,83	15,051	15,524	15,629	0.67%
COOMEVA E.P.S. S.A.	9,066	8,855	8,65	8,52	8,371	-1.78%
COMFAGUAJIRA -CM	6,532	5,22	5,305	6,017	6,442	6.60%
ANASWAYUU EPSI -CM	5,547	4,23	4,282	5,318	5,564	4.42%
CAJACOPI ATLANTICO -CM	4,459	4,336	4,277	4,321	4,426	2.37%
DUSAKAWI -CM	1,072	1,238	1,037	1,096	1,315	16.65%
AIC -CM	719	438	454	472	670	29.55%
COOSALUD E.S.S. -CM	329	307	291	288	285	-1.05%
SURAMERICANA S.A.	16	16	15	15	14	-7.14%
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	3	3	3	3	3	0
FAMISANAR E.P.S. LTDA	4	2	2	2	2	0
COMPENSAR E.P.S.	0	0	1	0	0	.
MEDIMÁS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	3	2	0	0	0	.
TOTAL LA GUAJIRA	137,229	135,624	137,044	139,986	142,485	1.75%

Nota: Reporte ante la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) del Consorcio ADRES. Fuente: (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, s.f.)

Cabe resaltar que, se espera que las EAPB: CAPRECOM, COOMEVA y COMPARTA; al finalizar el año 2022, estén liquidadas en su totalidad y con su población a cargo, reasignada a otras presentes en el departamento.

1.1.4. Descripción de la industria o el sector

El Sistema de Salud colombiano, desde 1993 al entrar en vigor la Ley 100, está enmarcado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como eje central. El vasto sector de Seguridad Social es financiado con recursos públicos y un menguante sector privado. La afiliación al sistema es inevitable, y gestionada mediante las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), públicas o privadas, que receptan las cotizaciones y, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), proveen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S (convertido a Plan de Beneficios en Salud - PBS) para los afiliados de ambos regímenes, principalmente al régimen subsidiado. El sector privado (consulta privada y/o particular) es utilizado por todos los estratos, especialmente los altos (5 y 6), ya sea en pro de mejores condiciones de acceso, oportunidad y continuidad, o a consecuencia de no poseer cobertura, que pueda proporcionar el SGSSS. (Guerrero et al., 2011)

El panorama del Sistema de Salud al cual nos enfrentamos los colombianos al poseer tantos frentes y actores diferentes deriva cuestionamientos clave, tales como: ¿Quiénes son los

beneficiarios? ¿En qué consisten los beneficios? ¿Quién paga? ¿A cuánto asciende el gasto en salud? ¿Cómo se distribuyen estos recursos? ¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud? ¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios? ¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos? ¿Quién genera la información y quién produce la investigación? ¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención? ¿Quién vigila las actividades que impactan la salud? ¿Quién evalúa? (Guerrero et al., 2011, pp. s147-s153). Todo lo anterior decanta en la organización estructurada y el alcance del sistema descrito más detalladamente en la Figura 8.

No obstante, cabe resaltar que existen otras preguntas en las que su respuesta se modifica a medida que el tiempo va transcurriendo, debido a los avances y/o retrocesos que lleguen a presentarse en el país en materia de salud, economía, finanzas y aspectos socioculturales. Por ejemplo, ¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema? ¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud? ¿Qué innovaciones recientes se han implantado? ¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes? ¿Cuáles son los retos y perspectivas del sistema de salud? (Guerrero et al., 2011, pp. s153-s154)

Los interrogantes planteados están suscritos a lo establecido en el Sistema, desde la Ley 100 de 1993, creando y/o articulando otros actores, también relevantes, para el funcionamiento de lo planteado, no solamente en el ámbito en cuestión, como el derecho que tienen los afiliados de formar asociaciones de usuarios que los representen ante las EAPB y las IPS. Asimismo, el Servicio Nacional de Salud promueve la participación ciudadana mediante múltiples mecanismos, entre ellos, la designación del Defensor del Usuario en Salud, acciones judiciales,

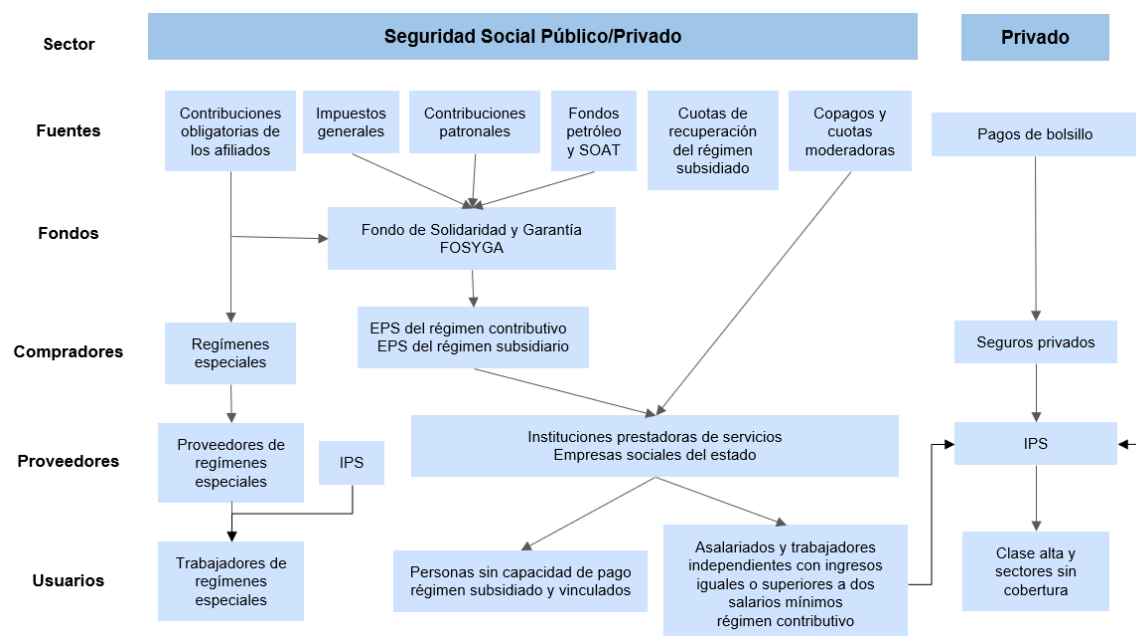
Superintendencia Nacional de Salud, etc. En cada una de estas instancias, aunado con encuestas de satisfacción de usuarios en salud, es factible captar una mirada global de la satisfacción del usuario respecto al Sistema, articulando así los diferentes actores que en este están inmersos. Adicionalmente, al ser replanteada la salud en Colombia con la Ley ya mencionada, generó una reforma y una avalancha de innovaciones, transformando paulatinamente el esquema de lo antes conocido.

Guerrero et al., 2011, expresaron que:

La participación público-privada en el que la obligatoriedad de la afiliación al SGSSS se suma a los principios de solidaridad de los mecanismos de cotización, financiamiento y prestación (existencia de los dos regímenes de afiliación, definición de la unidad de pago por capitación y del paquete obligatorio de servicios), parecería sentar las bases para alcanzar la universalización de la seguridad social. (p. s154)

El efecto que esto ha traído al país tanto se traducen en mejoras como en retos, frente a los cuales una mejor regulación y una supervisión más efectiva de los actores públicos y privados que participan en el sistema continúan siendo retos fundamentales. (Guerrero et al., 2011)

Figura 8 *Cuadro sinóptico de descripción del sector salud colombiano.*



Fuente: (Guerrero et al., 2011)

1.1.5. Argumento

En 1997, los cursos regionales intensivos de análisis demográfico, de las Naciones Unidas, hablaban de los factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas, entre ellas la mortalidad. Desde entonces hasta la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado estrategias e intervenciones para disminuir este indicador por todo el mundo, en especial en aquellos grupos poblacionales vulnerables o en riesgo.

Aljassim y Ostini (2020) señalan que las disparidades de salud entre las poblaciones rurales y urbanas existen a nivel mundial, con el acuerdo de que se debe hacer más para mejorar la salud de las poblaciones rurales. Algunas poblaciones rurales tienen tasas de mortalidad excesivas. En los países desarrollados, como Australia, la investigación sugiere que este exceso de mortalidad es

atribuible principalmente a enfermedades con fuertes vínculos con factores de riesgo modificables. Mientras, en los países en desarrollo, las tasas de mortalidad infantil rural son del 8% al 16% más altas que en las poblaciones urbanas y los niños en las poblaciones rurales tienen tasas de retraso en el crecimiento más altas. Los autores manifiestan que, a nivel mundial, la tasa de mortalidad materna es mayor en las regiones rurales en comparación con las regiones urbanas y las tasas de mortalidad materna más altas se encuentran en los países de bajos ingresos; de igual manera que algunos países en desarrollo, como Camboya, México, Nigeria y Zambia, tienen una peor cobertura de los servicios de salud y acceso a la atención de la salud en las zonas rurales debido a los déficits en los trabajadores de la salud o la falta de acceso a un plan nacional de servicios de salud.

Varios factores contribuyen a peores resultados de salud fuera de las principales ciudades. Estos incluyen desventajas socioeconómicas, problemas de acceso a la atención médica debido al aislamiento geográfico o la escasez de proveedores y servicios de atención médica, mayor exposición a lesiones, dificultades de transporte y comunicación, y diseconomías de escala debido a poblaciones escasamente distribuidas. (Aljassim & Ostini, 2020)

En 2020, Sylva Lazo en su trabajo *Efectos de la desnutrición en el desarrollo integral de los niños* pone de presente cómo distintos autores de América Latina describen, acorde a sus hallazgos, la desnutrición infantil en sus países. Cravioto, Arrieta, & Ortega (2005, citado en Sylva-Lazo, 2020), autores mexicanos que aluden que los efectos psicológicos de la desnutrición infantil, pueden vislumbrarse a nivel neurológico con sintomatología específica, por ejemplo, alteraciones complejas en el desarrollo y madurez de los procesos neuropsicológicos básicos

asociados a la recepción, unión, distribución y conservación de la información auditiva-verbal y viso-motora; exigua oxigenación cerebral; y disminución del funcionamiento de las neuronas, produciendo lenta comunicación entre ellas, por ende, lento proceso de neuro-génesis y mayor muerte de las mismas.

De igual manera, autora argentina Lacunza (2010, citado en Sylva-Lazo, 2020), quien menciona que los niños que sufren o han padecido de desnutrición desarrollan alteraciones del lenguaje, pensamiento, atención, memoria, motivación, emoción, percepción y de aprendizaje, convirtiendo de suma relevancia brindar la rehabilitación apropiada para mejorar o reforzar sus habilidades y destrezas. Apuntalando lo anterior, se refuerza con la autora Paredes (2015, citado en Sylva-Lazo, 2020) que especifica que “el déficit nutricional a nivel del desarrollo de las habilidades cognoscitivas en los menores afecta principalmente el momento en el cual estas debieron ser adquiridas, presentando un desarrollo lento del nivel de rendimiento para ciertas funciones intelectuales” (p. 4).

Otros estudios más antiguos de Thomas (1990); Pierre (1999); Santana (2002) mencionan que la alimentación durante la infancia no sólo es capaz de influenciar las funciones cerebrales adultas y su eventual decadencia al pasar el tiempo, sino también el potencial cognitivo de los niños y la salud mental, debido a que los nutrientes transforman la plasticidad neural y la función neuronal, y en caso de deficiencias podrían presentarse alteraciones tanto a corto como mediano plazo en la cognición. Del mismo modo, relacionado a los efectos que produce el padecimiento de una desnutrición en el desarrollo integral, se distingue que el acaecimiento de esta problemática aumenta cada vez más, logrando que los niños no puedan crecer y desarrollarse en su totalidad

correctamente, acorde a los parámetros establecidos de salud y bienestar general. Por último, el desarrollo integral de los niños también es limitado por una diversidad de factores asociados a problemas de orden biológico, psicológico, social, emocional, político, religioso, educativo, familiar y económico, todas estas causas van a impactar en el niño de manera estrepitosa, dejando secuelas heterogéneas en su salud física y mental. (Sylva-Lazo, 2020)

En Perú, por ejemplo, la variable nivel de población que vive en zonas rurales guarda relación con el nivel de desnutrición crónica infantil, lo cual se entrelaza con la investigación de Cuycaposa (2010, citado en Huaman-Huarcaya, 2020) que reza “La baja talla para la edad (desnutrición crónica) ha llegado a niveles cercanos al 25% de niños en la zona rural del Perú” (p. 22). Las personas que viven en zonas rurales en el país andino tienen restricciones en el acceso a los servicios básicos como agua, electricidad, saneamiento, educación y salud, debido a la carencia de infraestructura. Frente a estas restricciones las familias desconocen si están llevando una adecuada alimentación o si su estado de salud está dentro de las condiciones adecuadas.

Por ello, Huaman-Huarcaya, 2020 especifica que:

en el Perú en promedio el 40% de familias pertenecen a las zonas rurales esta cifra refleja además la concentración de la población en la región Lima cuyo porcentaje de personas en zona rural llega al 2% a diferencia de las demás regiones. A nivel nacional cumplen con esta hipótesis la mayoría de las regiones menos la región Tumbes. (p. 79)

Dentro de este contexto, en Colombia,

“la línea de acción en salud pública materna e infantil, se enfoca en el trabajo transdisciplinario, convocando profesionales de diferentes ciencias con quienes se abordan proyectos de investigación, intervención, escalamiento e incidencia en política pública, que estén relacionados con la población en cuestión” (Fundación Santa Fe de Bogotá, s.f., párr. 1).

Para ello, desde el Ministerio de Salud y Protección Social, apoyado por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se gestiona el diseño, actualización e implementación de la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI), para Colombia; siendo adaptada y actualizada para que la atención en salud y nutrición a la población materna e infantil, pueda ser llevada a cabo con integralidad, procurando la calidad y humanización, por las instituciones de salud del país, con la participación de la comunidad, creando un espacio de cercanía con los pacientes y sus entornos. (Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011) (Fundación Santa Fe de Bogotá, s.f.)

Convertirse en una IAMI, basta con implementar correctamente la estrategia dada por:

1. Voluntad política institucional.
2. Preparación técnica, conceptual y práctica en salud y nutrición del personal de la institución
3. Educación, información y atención en salud y nutrición a las gestantes, mujeres en periodo de lactancia materna y sus familias.
4. Trabajo de parto y parto con calidad y calidez.
5. Educación y atención con calidad y calidez en el puerperio al binomio madre-hija-hijo.

6. Apoyo efectivo en la práctica de la lactancia materna.
7. Favorecer el alojamiento conjunto y el acompañamiento.
8. Atención Integral en salud y nutrición a las niñas y los niños para su adecuado crecimiento y desarrollo.
9. Entornos protectores y espacios amigables.
10. Continuidad en el cuidado de la salud y nutrición más allá de la IPS. (Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011, pp. 5-6)

En apoyo a la estrategia, se establecieron análisis de Metas y Estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, y Política Pública Nacional de Primera Infancia, a cumplir dentro del primer paso para la implementación de esta, a través de lo determinado por el Consejo Nacional de Política Económica y Social, como organismo asesor del Gobierno en cualquier tema de desarrollo económico y social que al país respecte. Por ende, los criterios globales para el cumplimiento de la estrategia IAMI, desde sus inicios en 1991, buscan garantizar los derechos de las madres y de la infancia, asimismo mejorar la calidad de la atención prestada a este binomio, y su alimentación y nutrición. (Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2011)

Por lo anterior, la tasa promedio de mortalidad infantil (MI) en el país se ha disminuido, debido a los compromisos que el país ha contraído a nivel internacional, junto con organizaciones como OPS y OMS, sin embargo, se mantiene los niveles de brecha en los municipios de las zonas fronterizas. (Mogollón-Pastrán et al., 2020)

Tabla 5 Variables influyentes en municipios fronterizos con Mortalidad Infantil por encima del promedio nacional.

Municipio	Departamento	Efectividad	Eficiencia total	Requisitos legales	Capacidad administrativa	Indicador de desempeño fiscal	Gestión	Índice integral	Rango del índice integral	Ranking nacional
Cumaribo	Vichada	0.00	53.32	0.00	5.67	0.00	2.83	14.04	Crítico	1 101
Puerto Nariño	Amazonas	0.00	46.61	30.23	14.77	0.00	7.38	21.06	Crítico	1 090
Manaure	La Guajira	0.00	53.35	54.30	14.81	54.66	34.74	35.60	Crítico	1 042
Albania	La Guajira	10.68	54.64	56.83	12.58	78.57	45.57	41.93	Bajo	985
Uribia	La Guajira	0.00	51.43	82.44	15.12	70.15	42.64	44.13	Bajo	966
Puerto Inírida	Guainía	0.00	54.11	78.60	18.54	69.22	43.88	44.15	Bajo	965
Unguía	Chocó	0.00	52.97	72.55	54.02	63.67	58.84	46.09	Bajo	943
Puerto Carreño	Vichada	0.00	61.10	87.70	0.00	71.94	35.97	46.19	Bajo	942
Valle del Guamuez	Putumayo	6.82	40.07	86.93	45.36	75.57	60.47	48.57	Bajo	905
Barbacoas	Nariño	40.00	69.02	24.11	78.46	61.69	70.08	50.80	Bajo	876
Leticia	Amazonas	17.36	61.10	50.02	82.23	74.40	78.32	51.70	Bajo	866
Tumaco	Nariño	12.06	57.60	85.69	53.86	58.31	56.08	52.86	Bajo	848
Taraira	Vaupés	0.00	50.90	97.77	66.47	61.16	63.81	53.12	Bajo	840
Cravo Norte	Arauca	16.20	60.10	72.30	58.99	75.48	67.23	53.96	Bajo	822
Juradó	Chocó	33.75	50.02	91.03	54.49	56.93	55.71	57.63	Bajo	734
Maicao	La Guajira	69.63	54.51	71.45	49.14	71.09	60.11	63.93	Medio	568
Riosucio	Chocó	58.64	63.67	53.10	91.99	70.18	81.08	64.12	Medio	564
Mitú	Vaupés	28.58	62.65	96.16	76.12	66.70	71.41	64.70	Medio	545
Ricaurte	Nariño	53.16	58.48	98.42	33.11	68.16	50.63	65.17	Medio	535

Nota: Esta tabla muestra el comportamiento de las variables propuestas en municipios fronterizos con tasas de mortalidad infantil significativamente más altas que el promedio nacional en 2011. Fuente: (Mogollón-Pastrán et al., 2020)

Acorde a Mogollón-Pastrán et al., 2020:

Los datos encontrados permitieron establecer que los determinantes sociales que explicarían las inequidades en salud de la mortalidad infantil en municipios de frontera de Colombia, se relacionan con condiciones de etnia, raza, educación, índice de dependencia infantil, bajo peso al nacer, calidad del agua para consumo humano, ruralidad, jefatura femenina de los hogares, cobertura de vacunación, cobertura de control prenatal, satisfacción de los usuarios con los servicios de salud y cobertura de afiliación al SGSSS. (p. 276)

De igual manera, Mogollón-Pastrán et al. (2020) mostraron que el acceso a servicios de salud, se relaciona directamente con ciertas circunstancias que determinan la MI en municipios fronterizos. En este contexto, suscitar estrategias que mejoren el acceso y considerar aspectos como la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información, acorde a lo que dicta la Ley estatutaria 1751 de 2015, debe ser una preponderancia de las autoridades del sector salud.

Blasco-Navarro et al., 2018 definen “la mortalidad neonatal como la muerte del producto vivo, entre 0 - 27 días” (p. 580). A su vez, la subdividen en:

A. Mortalidad neonatal precoz (MNP), que abarca la muerte desde el nacimiento hasta la primera semana de vida (0-6 días) y se divide en las que ocurren durante las primeras 24 horas, cuya causa se remite a la asfixia, malas maniobras de reanimación, malformaciones cardiovasculares y pulmonares; y el otro grupo lo conforman las muertes que ocurren a partir del segundo hasta el sexto día, estas se deben a causa de la falta de capacidad de

terapia de soporte; B. Mortalidad neonatal tardía (MNT), que es la muerte que se produce entre los 7 - 27 días y se relaciona con las condiciones ambientales y de atención infantil. Asimismo, existe la clasificación de Mortalidad perinatal que suma las defunciones de fetos de más de 28 semanas de gestación (y/o más de 1 000 g) o de neonatos en los primeros 7 días de vida. (p. 580)

En este sentido, y acorde a lo informado por el Observatorio Mundial de Salud en 2019, es importante destacar que el riesgo de muerte del niño es mayor durante el periodo neonatal, es decir, durante los primeros 28 días de vida. Para la prevención de estas muertes son esenciales un parto seguro y cuidados neonatales eficaces. En cuanto a las cifras se estima que, en 2016, en el mundo, murieron 2,6 millones de niños en su primer mes de vida. “Cada día mueren unos 7000 recién nacidos, lo que significa que el 46% de las muertes de menores de 5 años tienen lugar durante el periodo neonatal”. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2017)

Por otra parte, González et al (2016, citado en Saltos-Intriago et al., 2019) enfatizan que:

La mayoría de las muertes suceden por causas prevenibles y tratables, por lo que los esfuerzos globales deben enfocarse no sólo en métodos terapéuticos más eficaces y accesibles en recién nacidos prematuros críticamente enfermos, sino también en una eficiente vigilancia del embarazo, trabajo de parto y parto. Existen diferencias notables en la mortalidad entre naciones con altos recursos y las de recursos limitados, por lo que la salud neonatal debe abordarse de manera más eficaz para continuar el rápido descenso de la mortalidad infantil global. (p. 275)

Ligado a lo anterior, las mujeres que han sufrido la pérdida de un bebé deben conocer las posibilidades de perder un siguiente embarazo, por lo que se recomienda llevar un debido control de planificación familiar de modo que las estadísticas de defunciones fetales se reduzcan. No obstante, limitar el número de profesionales que atienden a la pareja facilita las expresiones de dolor, puesto que el profesional debe tener tiempo e interés en la escucha mostrando su empatía. (Guiracocha-Suarez et al., 2019)

Así como el panorama de mortalidad neonatal es desalentador, las estadísticas de muertes obstétricas no son las mejores. Algunas causas de las defunciones obstétricas directas envuelven intervenciones afines con tratamientos inconexos con el caso, lo que personifica un riesgo mayor, pues implica un aumento en el número de complicaciones obstétricas incluso en el embarazo, parto y, en muchos casos, el puerperio. Todo esto, debido a que en el embarazo se entrelazan una gran cantidad de actividades y procedimientos que coartan la gestación, acarreando complicaciones posteriores a esa etapa tan delicada. (López-Serrano, 2019)

Los mayores influyentes, a nivel institucional, respecto a lo tratado, pueden diferir, de acuerdo con la capacidad instalada (técnico-científica) y el talento humano tratante, porque al no estar debidamente cualificados encarnan otro riesgo, tal vez mayor al anteriormente mencionado, “a nivel de causas y efectos en complicaciones del embarazo, parto y puerperio que son las etapas de mayor cuidado en las mujeres, sobre todo si son madres primerizas o si son madres de edades inferiores” (López-Serrano, 2019, p. 37).

Todo este horizonte se torna aún más carente, si se extrapola al país. Ejemplo de ello, lo dicho por Realpe-Bernal, 2018:

En Colombia, más específicamente en el Chocó, la falta de hospitales, personal médico adecuado y el olvido estatal, provocaron una crisis sin precedentes, mostrando el pésimo acceso que tienen los chocoanos al servicio de salud, cosa que no es ocasionada únicamente por ser una región con mayoría rural. La falta de vías, la insuficiente infraestructura médica, el poco control y prevención de enfermedades es muestra de ello... Adicionalmente, las instituciones encargadas del servicio de la salud deben tener en cuenta que una cobertura de más del 90%, no garantiza que haya un correcto acceso a este servicio, lo que evidencia que no se trata de cuántas personas se afilien al sistema, sino de cómo y cuántas han sido atendidas cuando lo necesitaron, tomando en cuenta, tanto aspectos de infraestructura como de servicio al ciudadano. (p. 41)

Centrar la atención medicalizada y la gestión de riesgos individuales en el abordaje de los determinantes sociales de salud, imposibilita la caducidad de eventos, condiciones y situaciones adversas para las poblaciones. Al mismo tiempo, al reconocer las barreras de acceso y las condiciones de atención en zonas rurales, se genera la necesidad de lograr una política que articule la oferta a las poblaciones que crecidamente lo demandan, así como que esta despliegue modelos de atención y organización institucional facultativos. (Rodríguez-Triana & Benavides-Piracón, 2016)

La Organización Mundial de la Salud (2016) comunicó que:

Con el nuevo modelo de atención prenatal, el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo se incrementa de cuatro a ocho. Datos recientes indican que una mayor frecuencia de contactos prenatales de las mujeres y las adolescentes con el sistema sanitario se asocia a una disminución de la probabilidad de muertes prenatales. Esto sucede porque existen más oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas. Una atención prenatal con un mínimo de ocho contactos puede reducir las muertes perinatales hasta en 8 por cada 1000 nacimientos, en comparación con un mínimo de cuatro visitas.

En este nuevo modelo se incrementan las evaluaciones maternas y fetales para detectar problemas, se mejora la comunicación entre los profesionales sanitarios y las embarazadas, y se aumenta la probabilidad de que el embarazo tenga un desenlace positivo. En este modelo se recomienda a las embarazadas tener su primer contacto a las 12 semanas de gestación, y los contactos posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas de gestación. (paras 5–6)

A partir de ello, la Organización Mundial de la Salud planteó criterios diagnósticos de morbilidad extrema (MEO) que han sido adoptados en todo el mundo, “para la implementación y análisis de proyectos de mejora en la calidad de atención hospitalaria” (Moreno-Santillán et al., 2020, p. 1); no obstante, a consecuencia de que en muchos hospitales no se cuenta con la capacidad técnico-científica adecuada para dichos criterios, su aplicación en países en vías de desarrollo ha sido controvertida.

Por tanto, Moreno-Santillán et al. (2020) concluyeron que:

Para poder lograr una reducción de la morbilidad y mortalidad materna es necesario implementar programas que permitan identificar todos los casos y conocer los factores de riesgo que se relacionan con los eventos de MEO, para así poder realizar intervenciones encaminadas a su prevención, control y erradicación. Es importante recalcar que mejorar la efectividad y calidad de los programas de planificación familiar, el control prenatal y la atención obstétrica hospitalaria son medidas indispensables para reducir los casos de MEO. (p. 2)

A nivel Colombia, en 2016, la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, de conformidad con el Plan Distrital de Desarrollo 2016 – 2020, “Bogotá Mejor para Todos” y con el Plan Territorial de Salud 2016-2020, acorde a los países en desarrollo, se plantea un Modelo Integral de Atención en Salud para la Ruralidad, discriminando las exposiciones a peligros ambientales de la población materno-perinatal de la zona en cuestión, tales como: agua insegura y saneamiento inadecuado; nutrición no segura (en sí misma relacionada con la falta de agua y saneamiento); o la exposición materna a plaguicidas u otros productos químicos constituye un riesgo importante para salud infantil, aumentando la tasa de mortalidad por bajo peso al nacer y bebés prematuros. (Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., 2018)

En el año 2018, el país conoció el borrador del Plan Nacional de Salud Rural, enmarcado en la Ley estatutaria de Salud, el Plan Decenal de Salud Pública y en la Política de Atención Integral en Salud. El cual además de hablar de la importancia de la focalización sobre la Salud

Rural en el marco del postconflicto, no solo dedica un apartado especial para la Salud Materno – Infantil, sino también para la Seguridad Alimentaria, anotando que:

“La violencia asociada al conflicto armado ha tenido un impacto sobre la permanencia de los profesionales y técnicos de la salud, afectando con ello la capacidad de los territorios para responder a las necesidades en salud de los ciudadanos. El contexto del postconflicto supone una oportunidad para fortalecer la presencia de talento humano en salud en estas zonas”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b, p. 20)

La estrategia de salud materno – infantil, dentro del Plan Nacional de Salud Rural, satisface “la necesidad de mejorar el acceso, la oportunidad y calidad de los servicios de salud materna y salud infantil que habitan la zona rural del país” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b, p. 39). A pesar de que la mortalidad materna ha decrecido considerablemente, el contraste entre el campo y la ciudad, a fecha 2021, aún continua.

En Seguridad Alimentaria, del anteriormente mencionado Plan, se hace hincapié en la seguridad alimentaria de la población que reside en la zona rural, teniendo como principal premisa lo que se plantea en la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (2015, citado en Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b), “en donde la prevalencia de inseguridad alimentaria en el hogar rural supera en 9,9 puntos porcentuales el dato nacional (64,1% y 54,2% respectivamente)” (p. 41). Por ende, se busca con dicha estrategia, cooperar en la mejora de la situación alimentaria y nutricional de la población colombiana, dándole mayor importancia y auge al ámbito rural, debido a que “la anemia, retraso en talla o delgadez son menos favorables al compararlos con los datos

nacionales” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b, p. 41), márgenes que en la actualidad se mantienen.

Aunado a lo anterior, en el año 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución 3280:

Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen otras directrices (*Resolución 3280 de 2018*, p. 1).

Después de la Resolución 429 de 2016, en la cual se adoptó la Política de Atención Integral, se habla nuevamente de la integralidad de los servicios, desde el modelo de gestión del riesgo y la atención en los diferentes niveles de servicio. (*Resolución 429 de 2016*)

En el año 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución 2626 de 2019 “por medio de la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud –PAIS, se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE” (*Resolución 2626 de 2019*, p. 1). El Modelo entonces estableció como el marco operacional de la política, el marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud –PAIS se fundamenta en “la atención primaria en salud, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 32),

por lo que se centra en la importancia de la cadena inicial de la atención, es decir, la atención primaria.

En las estrategias y enfoques de la Política de Atención Integral en Salud, se relaciona el componente de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS), enfocada primordialmente hacia la anticipación de las enfermedades y los traumatismos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a). En estos la integralidad se vuelve esencial, para su gestión y atención. La PAIS además infiere la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios. Considerados los determinantes, son cuatro las estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud:

1. La atención primaria en salud (APS) es la estrategia básica y es la integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho. Una APS con enfoque de salud familiar y comunitaria que es interconexión entre la necesidad de desarrollo de nuevas competencias del recurso humano y equipos interdisciplinarios empoderados en el desarrollo de sus capacidades para dar una respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la comunidad.
2. El cuidado debe ser entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad. Si el propio individuo y la comunidad no adoptan

conductas y prácticas que los protejan frente a los riesgos de salud, no es posible esperar resultados.

3. La Gestión Integral del Riesgo en Salud, como estrategia de articulación e interacción entre la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, los agentes del sistema de salud, y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y efectuar el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. Su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad.
4. El enfoque diferencial en la atención, ajustando el modelo a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles considerados como factores críticos de éxito en el desempeño del Sistema de Salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pp. 32-33)

La Política de Atención Integral en Salud requirió un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, concierte herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas. Se definió en primera instancia, el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) como un conjunto de instrumentos técnicos que facilitan la reestructuración institucional de las intervenciones en salud colectiva, incrementan la capacidad resolutive de los servicios y permiten el flujo de información, usuarios y servicios de una manera

efectiva, acorde con las funciones y competencias de las diferentes entidades. (*Resolución 429 de 2016*)

El MIAS contaba con diez componentes operacionales que inician desde el conocimiento y caracterización de la población y sus grupos de riesgo, con base en la definición de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) –unidades básicas de regulación a partir de las cuales despliegan adaptan los demás componentes-, los requerimientos de las redes integrales de prestadores de servicios de salud y su adaptación en el territorio, el rol de los aseguradores en los territorios donde esté autorizado para operar, sus funciones y requerimientos para la habilitación técnica, las características del recurso humano en salud, los esquemas de incentivos y pago; así como los reportes obligatorios de información requeridos y los retos de investigación, innovación y apropiación del conocimiento. (*Resolución 429 de 2016*) (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.b)

La Ruta Integral de Atención en Salud Materno-Perinatal está compuesta por acciones desde la gestión de salud pública enmarcada en procesos misionales, estratégicos y de apoyo; la promoción de la salud a través de información y educación para la participación social en servicios de salud materno-perinatal, vigilancia en salud pública comunitaria, información en salud que promueva los derechos sexuales y reproductivos, articulación intersectorial y, educación y comunicación; y atención comunitaria, en el hogar, en lo laboral y educativo. Las acciones intersectoriales y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), que hacen parte de las dimensiones de MAITE, están guiados por ocho hitos que singularizan la atención materno-perinatal: atención comunitaria a la gestante, ingresar a control prenatal, clasificar el riesgo materno-perinatal,

referencia efectiva y segura, atender el parto y el recién nacido, hacer seguimiento al puerperio inmediato, dar asesoría y provisión en anticoncepción post evento obstétrico antes del alta, por último, educar a la madre y a la familia acerca de la lactancia materna. Todo lo anterior hace especial énfasis en la promoción de la equidad de género, la autonomía reproductiva (salud sexual y reproductiva), y la detección y atención de alteraciones del embarazo. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017)

No obstante, como anteriormente se dijo, a finales de 2019, la Resolución 2626, modifica la PAIS con el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), convirtiéndose en el nuevo marco operacional de esta. (*Resolución 2626 de 2019*)

MAITE se cimienta en la atención primaria, focalizada en salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo, y orientación diferencial para los distintos territorios y poblaciones; instaurando la herramienta de gestión para mejorar los escenarios de salud de la población a través de acciones coordinadas, articulando agentes del sistema de salud y de otros sistemas, asimismo las comunidades, bajo el liderazgo del departamento o del distrito. Estos últimos identifican prioridades e instauran acciones que se operativizan mediante acuerdos interinstitucionales y comunitarios, con el acompañamiento y apoyo del Ministerio de Salud. (Jaimes, 2019, párr. 3-4)

A pesar de lo estipulado en las distintas normas que componen y reglamentan el Sistema de Salud en el país, en el departamento de La Guajira, se siguen presentando muchas situaciones y externalidades que no permiten el desarrollo eficiente de estas políticas, por ejemplo, la falta de

una dieta balanceada contribuye a la desnutrición, y en ciertas ocasiones a la malnutrición dando como consecuencias el fallecimiento de niños y niñas, las principales bases de estas situaciones negativas son educativas, conectividad y poder adquisitivo.

Muestra de ello Guerrero-Lozada et al. (2020) manifestaron que:

En el 2019 se encontró que, de 2.223 niños menores de 5 años, 2.065 no contaban con atención alguna de salud y solo 158 se encontraban en programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). El estudio también encontró que 525 niños y niñas debían ser intervenidos de manera inmediata por desnutrición y 253 madres gestantes y lactantes requerían atención médica. La Guajira presenta el índice más alto de desnutrición global (peso por edad) en Colombia, con un total del 11,2%. Según cifras oficiales, en los últimos 8 años, ha habido 294 casos de niños muertos por desnutrición. Para lograr satisfacer todas las necesidades de La Guajira es necesario diseñar un sistema acorde con las condiciones económicas y geográficas propias de este departamento, con un enfoque que aporte requerimientos para la adaptación de modelos integrales en atención en salud. (p. 9)

Las subregiones del departamento de La Guajira tienen disparidades abismales tanto en la concentración o densidad poblacional, como los sectores económicos en que se desenvuelven; creando una dependencia acérrima para la estabilidad de los municipios del norte o alta Guajira, de los municipios del centro del departamento, especialmente de Maicao y Riohacha, en basta medida; así como del vecino país de Venezuela, con el que es conexo mediante numerosas vías, rutas o sendas rurales con escasa o nula adecuación, o labradas por el paso asiduo de personas o

vehículos, “asimismo de un flujo en doble vía de los indígenas Wayuu, quienes consideran tener su propia nación: la nación Wayuu, con libre circulación en la frontera de los dos países en esa zona” (Caicedo-Coronado, 2020, p. 6).

Por lo precedentemente expuesto, en virtud de las dificultades asociadas a la población en estudio y con las herramientas modelos que operan en el país, el panorama para La Guajira invita a generar propuestas que fortalezcan la integralidad entre los niveles del servicio, desde la gestión del riesgo inicial hasta la atención en cuarto nivel.

1.1.6. Licencias o permisos

Acorde al Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), se deben cumplir un conjunto de requisitos, mecanismos, normas instituciones y procesos deliberados y sistemáticos para procurar, salvaguardar y optimar la calidad de servicios de salud en el país. Lo anterior, ratificado en la Parte 5 (Reglas para Aseguradores y Prestadores de Servicios de Salud), Título 1 (Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud) del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. (*Decreto 1011 de 2006; Decreto 780 de 2016*)

Por ello, se hace indispensable no solo estar amparado o contemplado por la Ley 100 de 1993, sino cumplir de obligatoriedad las disposiciones del SOGCS, partiendo de atributos de la calidad en salud como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. Este tiene cuatro componentes y cuatro entidades principalmente responsables del funcionamiento del

sistema: Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Entidades Departamentales y Distritales de Salud, y Entidades Municipales de Salud. (*Ley 100 de 1993; Decreto 1011 de 2006*)

El primer componente es el Sistema único de Habilitación (SUH). El SUH:

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB. (*Decreto 1011 de 2006, p. 6*)

Este se halla dividido entre la habilitación de Prestadores o IPS, y de las EAPB. En ambos casos las condiciones mínimas a cumplir se deben dar, no obstante, poseen ciertas diferencias; para los prestadores es necesario hacer el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, cuya finalidad es la realización de un listado, bajo una base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, consolidada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho registro tiene una vigencia de cuatro años, que al término debe ser renovado de acuerdo con los lineamientos vigentes. Es dentro de este caso, que cumple un papel fundamental la *Resolución 3100 de 2019*, “por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y se adopta el Manual de

Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud” (p. 1). Mientras que, para las EAPB, son habilitadas de manera indefinida y el organismo competente de vigilancia y control frente a ellas es la Superintendencia Nacional de Salud. (*Decreto 1011 de 2006*)

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC), es el segundo componente del SOGCS, esta implica la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios, la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas y la adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas. (*Decreto 1011 de 2006*)

La auditoría posee niveles de operación (autocontrol, auditoría interna y externa), diferentes tipos de acciones (preventivas, de seguimiento y coyunturales) y se hace énfasis específico dependiendo del tipo de entidad que se esté evaluando (EAPB, IPS o Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud). El proceso de auditoría debe comprender mínimo con Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud y Atención al Usuario. En consonancia al artículo 40 del presente Decreto, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente. (*Decreto 1011 de 2006*)

Como tercer componente del sistema, se tiene al Sistema Único de Acreditación (SUA), que:

Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. (*Decreto 1011 de 2006*, p. 13)

Dicho componente no es de obligatorio cumplimiento, sino a voluntad bajo estándares nacionales e internacionales, donde los principios a regirse son la gradualidad, eficacia y confidencialidad, cuyos principios son los diferenciadores del SUA de cara al SUH, debido a que el SUH debe ser completamente transparente y de manejo público. (*Decreto 1011 de 2006*)

Por último, se tiene al Sistema de Información para la Calidad, cuyo objeto es:

Estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que, al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (*Decreto 1011 de 2006*, p. 14)

El sistema está a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales; y de la Superintendencia Nacional está la inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte del Sistema de Información. (*Decreto 1011 de 2006*)

1.1.7. Forma jurídica

La Cámara de Comercio de Bogotá (2022), en su Guía 1RM, contempla que:

Una Sociedad por Acciones Simplificada (SAS) es un tipo societario creado por la Ley 1258 de 2008, caracterizado por ser una estructura societaria de capital, regulada por normas de carácter dispositivo que permiten no sólo una amplia autonomía contractual en el diseño del contrato social, sino además la posibilidad de que los asociados definan las pautas bajo las cuales han de gobernarse sus relaciones jurídicas. (p. 1)

Por lo anteriormente dicho, y la versatilidad de este tipo de sociedad, “que puede ser constituida por una o varias personas, bien sean naturales o jurídicas, mediante contrato o acto unilateral que conste por documento privado o escritura pública” (Cámara de Comercio de Bogotá, 2022, p. 1), la Unidad Integral Materno Infantil de La Guajira (UMIGUA) se instaurará bajo esta forma jurídica.

2. Validación de la oportunidad

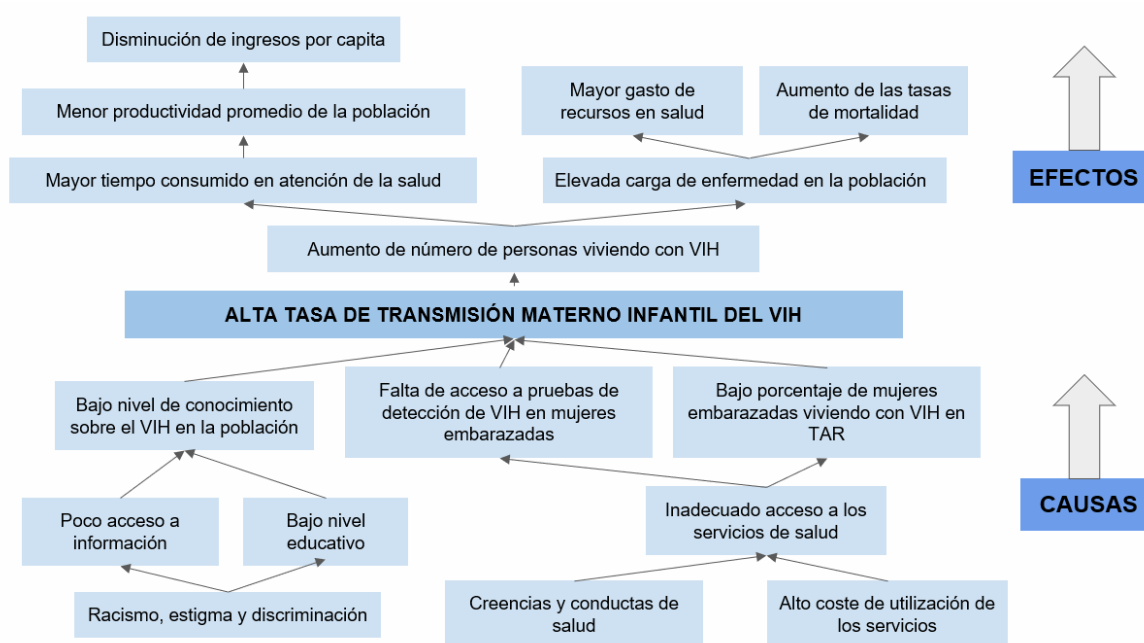
Las premisas iniciales para este proyecto son que la población Materno Infantil, comprende a las mujeres en edad de gestación y/o en gestación, y los niños, niñas y adolescentes, entre los 0 a 17 años. Además, que las atenciones requeridas son de cuarto nivel, y que sobre ello recaen los servicios que pretenden habilitarse. Por último, es importante señalar que, si bien el proyecto se basa sobre la Unidad Integral Materno Infantil, en el “cuenta con” y para responder a lo que se describirá a continuación pudiese proyectarse temas asociados a niveles diferentes desde las estrategias de promoción y prevención, hasta la demanda inducida al servicio, explícitamente, los de consulta externa y de promoción y mantenimiento.

El Análisis de Situación en Salud (ASIS) 2019 del departamento de La Guajira, es tal vez, uno de los documentos más completos de la historia de la jurisdicción, esboza en un capítulo completo la situación actual de la maternidad, la infancia y adolescencia, y toda la población de este, indicando que la primera causa de muerte específica en el departamento de La Guajira son las enfermedades respiratorias agudas, incluida en el subgrupo de las enfermedades transmisibles, en el cual se posesiona la enfermedad VIH (SIDA) como la tercera causa más frecuente (Figura 9), un tema asociado a los derechos sexuales y reproductivos, en los cuales evidentemente se debe actuar de manera preventiva y con una educación contundente en la comunidad. (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019)

El ASIS, de igual manera contempla que:

Con relación a los subgrupos de las enfermedades transmisibles en las mujeres, las infecciones respiratorias agudas ocupan el primer lugar en el periodo analizado, para el año 2017 presentó una tasa de 12,96 muertes por cada 100.000 mujeres; le sigue en su orden la tuberculosis, las enfermedades infecciosas intestinales, la enfermedad por VIH (SIDA), septicemia (excepto la neonatal) y, el resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias ocupan los primeros lugares en el departamento, observándose una leve reducción entre los años 2005 al 2017 en todos los subgrupos. (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019, p. 53)

Figura 9. Causas y efectos de transmisión Materno-Infantil del VIH(SIDA).



Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019)

En el subgrupo de las demás enfermedades, también se tiene un dato a resaltar: las mortalidades. En este encontramos notificaciones asociadas al embarazo, parto y puerperio...

y como el comportamiento para las demás enfermedades en mujeres ha sido irregular; donde la diabetes mellitus ocupa el primer lugar, con una tasa de 11,60 muertes por cada 100.000 mujeres en el año 2017. Para el mismo año, le siguen enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con un significativo aumento el cual produjo 10,77 muertes por cada 100.000 mujeres en La Guajira, según tasas ajustadas el porcentaje de incremento es del 32%, el tercer lugar lo ocupan las enfermedades del sistema urinario (9,42 muertes), el resto de las enfermedades del sistema respiratorio, el embarazo, parto y puerperio y las deficiencias y anemias nutricionales, entre otras. (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019, p. 61)

Para abordar de manera más amplia la mortalidad materno – infantil en el departamento, es importante tener en cuenta los determinantes sociales de la salud. La Guajira es una jurisdicción débil en indicadores sociales y económicos, por ende, fortalecer la atención resulta más que imperioso, teniendo en cuenta lo complicado que resulta a veces la prevención por externalidades negativas, como el ambiente, la topografía, o la capacidad adquisitiva de los hogares.

El análisis por grupo de edades para los niños es irregular, las tasas de las primeras causas de las mortalidades en los grupos de niños menores de 1 año, menores de 1-4 años y menores de 5 años son irrisorias. Por ejemplo, para el departamento de La Guajira entre los años 2005 y 2017, “las afecciones originadas en el periodo perinatal generaron la tasa con mayor número en niños menores de 1 año” (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019,

p. 66), igualmente se puede evidenciar que la tasa de esta causa para el periodo en el transcurrir de los años ha tendido al descenso;

pasando de 12,6 a 8,94 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual significa una reducción del 26,6% con un promedio a lo largo de los años del 10,02 en segundo lugar, las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas provocaron una tasa en el periodo del 2005-2017 con tendencia al decremento pasando de 3,58 en el 2005 a 2,89 en el 2017 mostrando una reducción de 16,4%, generando un promedio en el periodo de 2,83 muertes por cada 1.000 nacidos vivos cada año. Las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, ocupan el tercer lugar dentro de las causas de mortalidad infantil más frecuentes; en 2017 se produjeron 1,41 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual representa un 33,2% menos que en 2005, las enfermedades del sistema respiratorio mostraron una tasa de las 2,01 muertes para el 2005, vislumbrando un promedio a lo largo de los años de 1,80 muertes por cada 1000 nacidos vivos, con una tasa de 1,41 para el año 2017. (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019, p. 66)

Las mortalidades de los niños de 1 a 4 años en el decenio evaluado en La Guajira, refleja que la causa con mayor tasa de mortalidad en este grupo de edad son las enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas con tasas 16,52 muertes por cada 100.000 niños menores de 1 a 4 años para el 2005, siguiendo una tendencia al aumento para el año 2017, con un promedio en el periodo de 21,59 muertes, pasando de 16,52 a 24,89 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años. En segundo lugar, las tasas de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio produjeron la tasa de 7,62 muertes por cada 100.000

menores de 1 a 4 años para el 2005, manteniendo constancia para 2017 con 7,66 muertes, mostrando un promedio al transcurrir de los años evaluados de 10,82 muertes por cada 100.000 menores entre 1 y 4 años. (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019, p. 66)

Entre 2005 y 2017 las afecciones originadas en el periodo perinatal produjeron la mayor tasa, con un promedio de 113,49 muertes por cada 100.000 menores de 5 años mostrando un comportamiento constante a lo largo del periodo con una tasa para el 2005 de 145,54 pasando para el 2017, a una tasa de 120,88 muertes por cada 100.000 menores de cinco de años. Las enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas ocuparon el segundo lugar de frecuencia, con tasas para el 2005 de 34,13 y para el 2017 de 38,77. Las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas causaron la tercera causa de las defunciones con una tasa en promedio a lo largo del periodo de 35,45 muertes por cada 100.000 menores de 5 años. Las enfermedades del sistema respiratorio se redujeron en un 7,28% y ocuparon el cuarto lugar de frecuencia, con tasas que variaron entre 29,11 y 25,09 en los años 2005 y 2017 respectivamente. El grupo de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias fue el que mayor reducción tuvo durante el periodo: un 86,8%, pasando de 48,18 a 4,56 muertes por cada 100.000 menores de cinco años. (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019, p. 67)

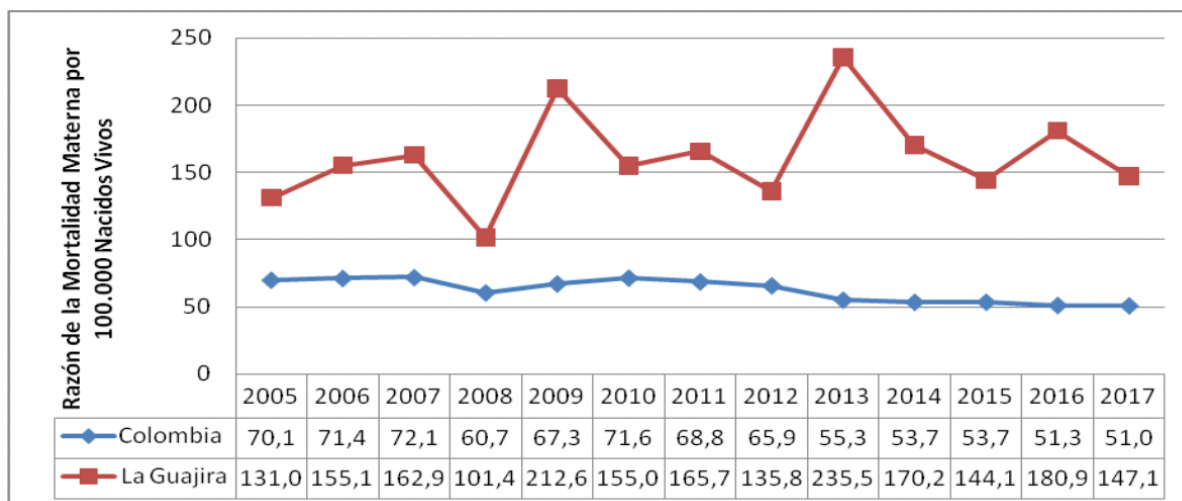
El análisis de la mortalidad materno – infantil en el departamento deja un panorama complejo, y frente a la mortalidad materna se mantiene la irregularidad en el tiempo, aunque las

cifras específicas, a través de los años, siempre han estado por encima del nivel Nacional. El tema se agudiza, al momento de estudiar las relaciones indirectas con los datos económicos y sociales.

Frente a las mortalidades maternas (Figura 10), en 2017:

La Guajira se presentó una razón de 147,1 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, mostrando a lo largo del periodo una tendencia al aumento con un porcentaje de incremento del 10%, se calculó un promedio al transcurrir del decenio de 160,8 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019, p. 71)

Figura 10. *Razón de mortalidad materna, Departamento de La Guajira, 2005 – 2017*

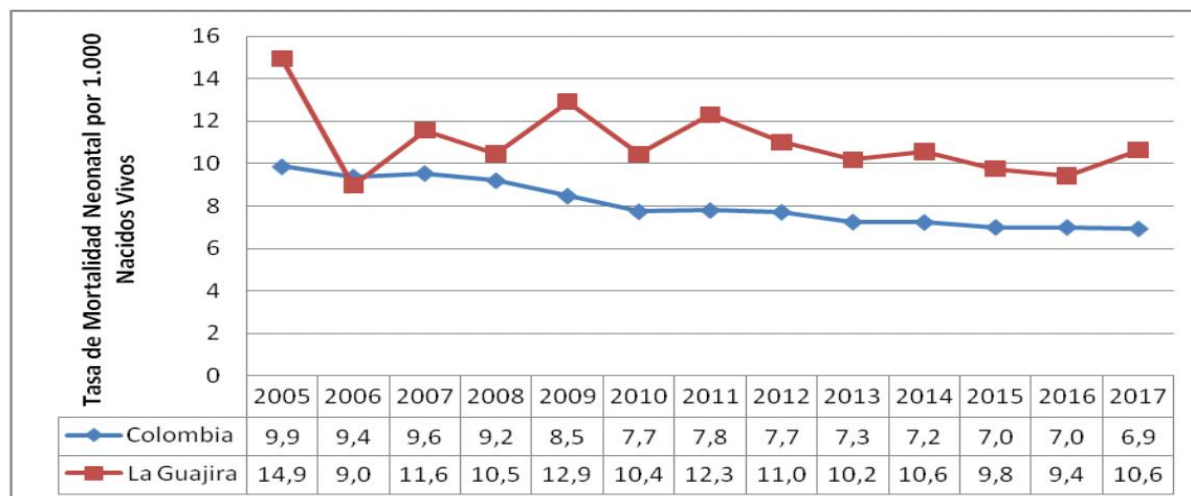


Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019)

Frente a las mortalidades neonatales (Figura 11):

En el periodo comprendido del año 2.005 al 2.017, la tasa de mortalidad neonatal en el Departamento de La Guajira presentó un comportamiento irregular mostrando para el último año 2017 una tendencia al aumento (10,6 muertes), observándose una cifra para el 2005 de 14,9 muertes por cada 1000 nacido vivos, con un porcentaje de reducción de aproximadamente el 37%. (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019, p. 72)

Figura 11. Tasa de mortalidad neonatal, Departamento de La Guajira, 2005 – 2017

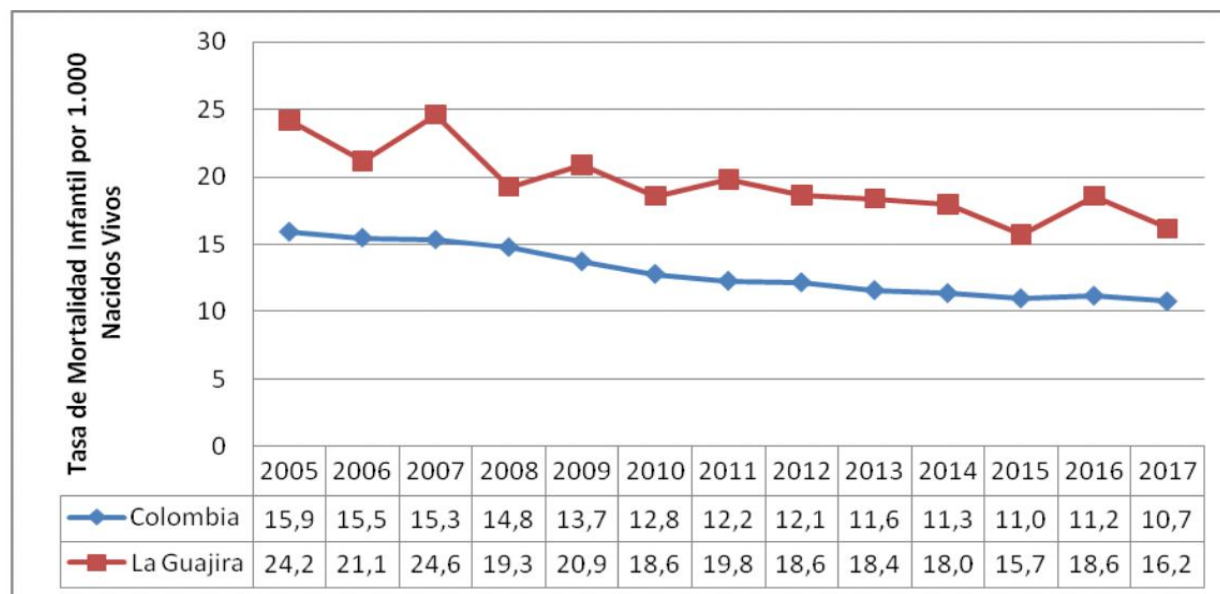


Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019)

Frente a las mortalidades infantiles (Figura 12):

Al comparar el indicador de mortalidad infantil del Departamento de La Guajira con la cifra de Colombia, observamos que en los años evaluados años, las tasas de mortalidad infantil de La Guajira superan siempre las de Colombia. Para la Guajira la tasa en el año 2017 mostro la menor tasa en descenso con 16,2 muertes por cada 1000 nacidos vivos, en cuanto al año 2.005 quien presenta una tasa 24,2 muertes por cada 1000 nacidos vivos. (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019, p. 73)

Figura 12. Tasa de mortalidad infantil, Departamento de La Guajira, 2005 – 2017

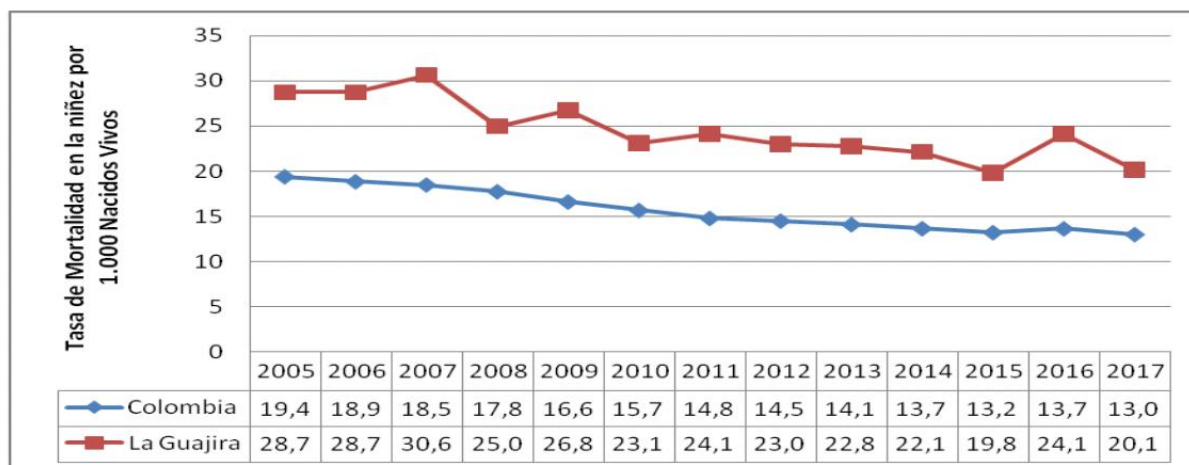


Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019)

Frente a la mortalidad en la niñez (Figura 13):

En el periodo 2005 - 2017 el indicador de mortalidad en la niñez superó la cifra nacional, con un comportamiento irregular y con tendencia al aumento. El Departamento logró cifras entre 19 y 30,6 muertes por cada 1000 nacidos vivos, con una tasa de 20,1 para el último año analizado. (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019, p. 73)

Figura 13. Tasa de mortalidad en la niñez, Departamento de La Guajira, 2005 – 2017.

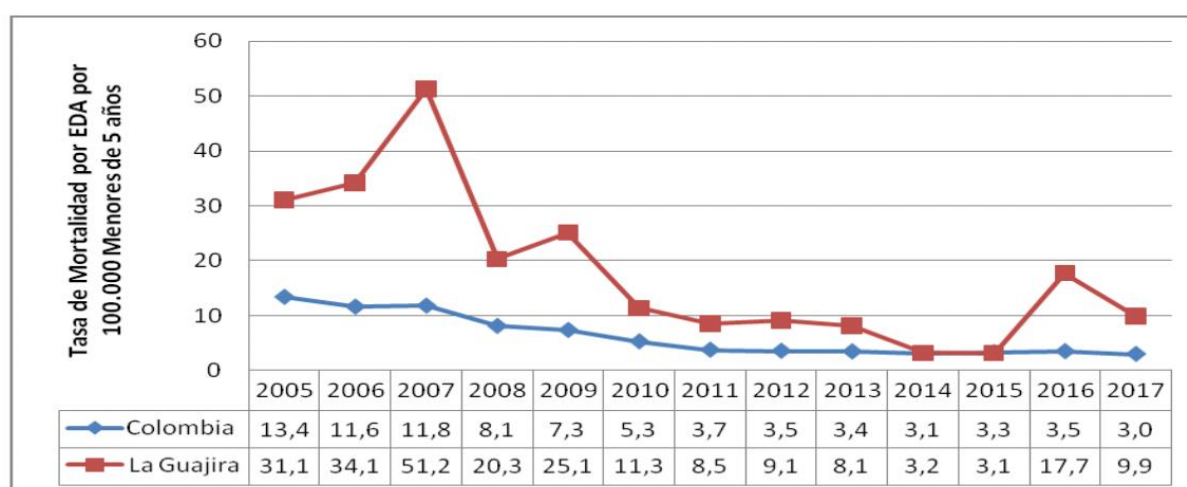


Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019)

Frente a la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda – EDA (Figura 14):

En Colombia la mortalidad por enfermedad diarreica aguda EDA ocupa uno de los primeros lugares en la mortalidad de los menores de 5 años, específicamente en los Departamentos con mayor proporción de necesidades básicas insatisfechas NBI y consumo humano de agua no apta. La tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda – EDA en el período comprendido entre los años 2.005 a 2.017, en el Departamento de La Guajira estuvo por encima de las cifras obtenidas por la nación, presentando un comportamiento irregular, pero con tendencia al aumento. Su cifra más alta se observó en el año 2.007 con 30,6 muertes por cada 100.000 niños menores de 5 años, evidenciándose posteriormente una significativa disminución en el año 2.015 con 19,8 muertes, para esta causa se mostró un porcentaje de disminución de 90 con respecto al 2005, (31,1 muertes) y que disminuyó considerablemente para el año 2017 con una tasa de 20,1. (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019, p. 74)

Figura 14. Tasa de mortalidad por EDA, Departamento de La Guajira, 2005 – 2017



Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019)

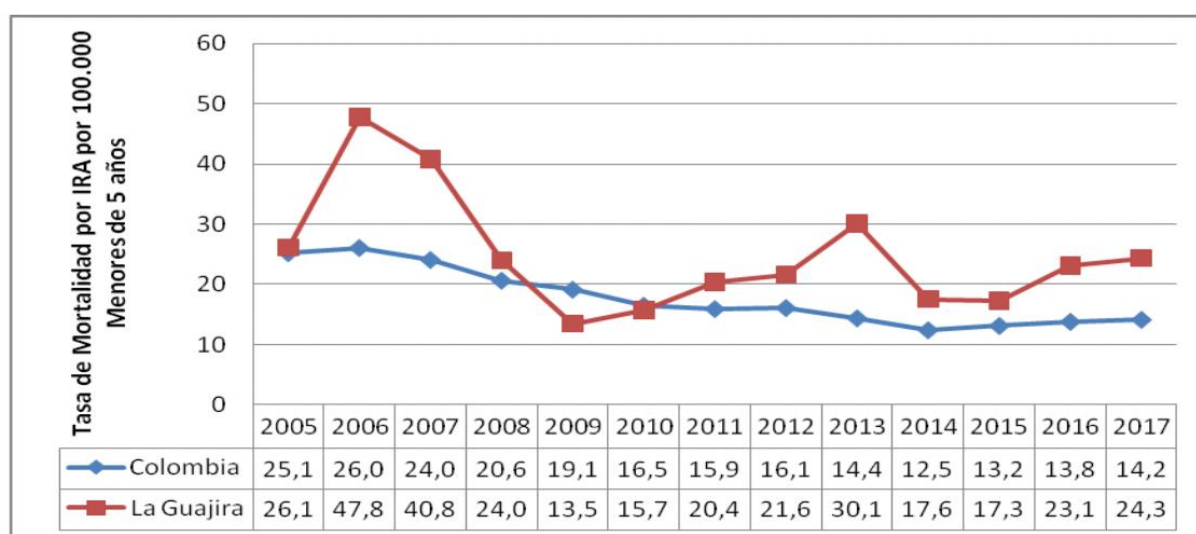
Frente a las mortalidades por Infección Respiratoria Aguda - IRA (Figura 15):

Al analizar la tendencia de la tasa de mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas - IRA entre los años 2.005 al 2.017, se puede observar que los datos del Departamento de La Guajira se encuentran por encima de la nación.

Para el periodo evaluado la IRA mostro un comportamiento oscilante entre 13,5 a 47,8 en el año para el año 2005 mostro una tasa de 26,1 por cada 100.000 niños menores de 5 años mostrando un porcentaje de disminución 34,3 para el 2015 (tasa 17,3), al comparar con la nación el año 2017 presento una tasa de 24,3 mostrando el departamento un mayor número

y evidenciando una tendencia al aumento. (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019, p. 75)

Figura 15. Tasa de mortalidad por IRA, Departamento de La Guajira, 2005 – 2017.

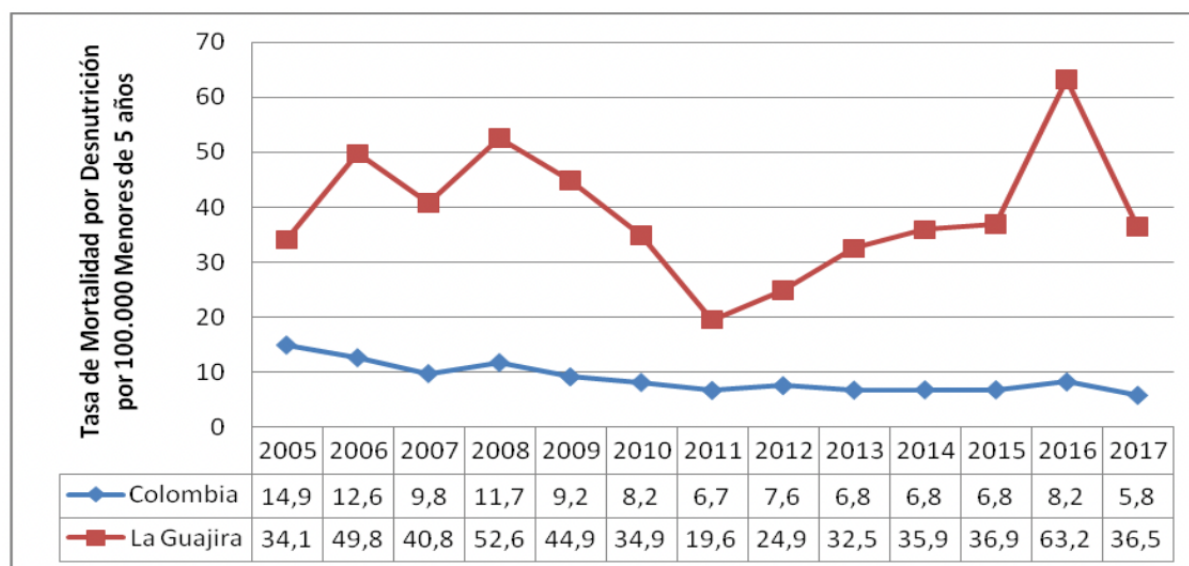


Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019)

Frente a la mortalidad por desnutrición aguda (Figura 16):

Al comparar la tasa mortalidad por desnutrición en el Departamento de La Guajira y la nación, se puede observar que el departamento se encuentra por encima del país, la conducta del departamento es irregular, con una tendencia al aumento en cuanto al año 2005 (tasa 34,1), la tasa de mortalidad por desnutrición en niños menores de 5 años oscila entre 34 - 52 muertes por cada 100.000 menores de 5 años, el porcentaje de incremento para este evento 34% , se puede evidencian que el promedio de muertes en el decenio evaluado es de 37 muertes por cada 100.000 menores de 5 años. (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019, p. 75)

Figura 16. Tasa de mortalidad por desnutrición, Departamento de La Guajira, 2005 – 2017.



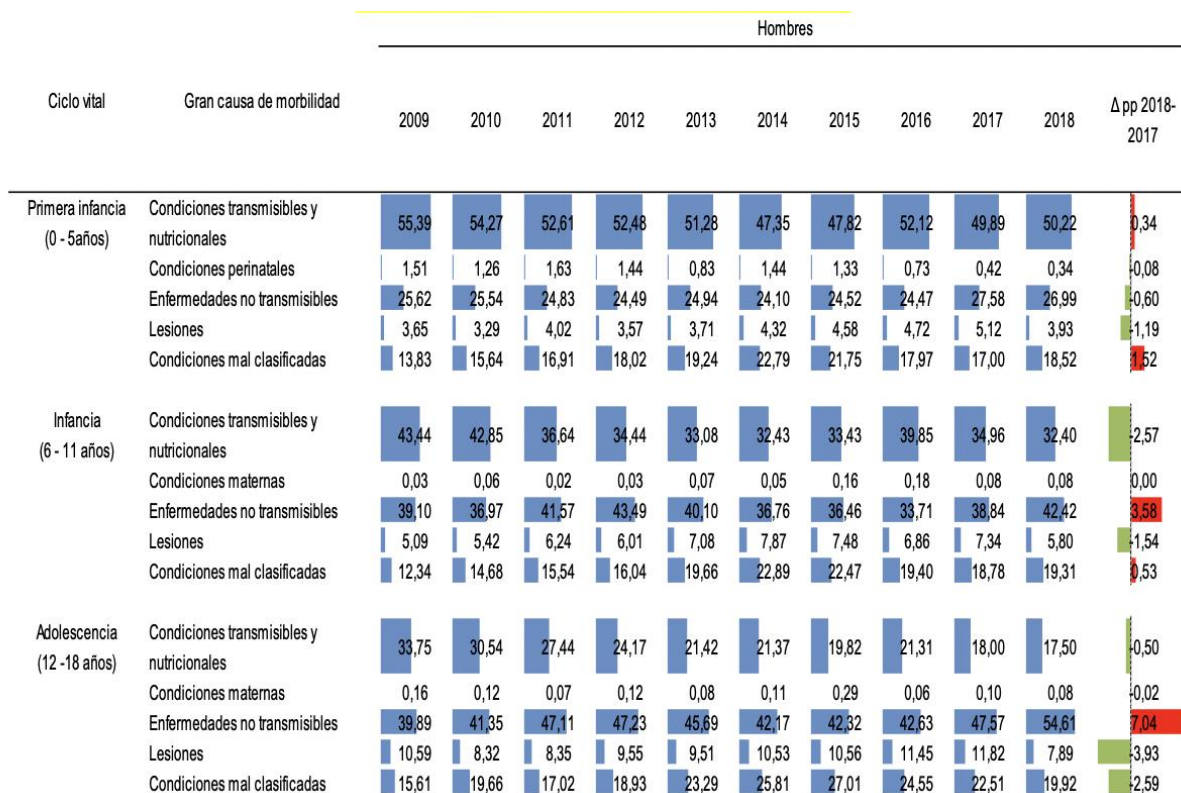
Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019)

Frente a la morbilidad atendida para el grupo poblacional objeto masculino (Figura 17):

Al analizar la morbilidad por ciclo vital para el año 2.018 en la población masculina en la primera infancia la principal causa de atención fueron las condiciones transmisibles y nutricionales con un 50,22%, seguido de las enfermedades no transmisibles con un 26,99% y las condiciones mal clasificadas con un 18,52%. En la infancia en los hombres, la principal causa de atención fueron las enfermedades no transmisibles con un 42,42%, presentado este grupo una diferencia porcentual de 3,58 puntos más en el año 2.018 en relación con el año 2.017; le siguen en su orden, las condiciones transmisibles y nutricionales con un 32,40% y una reducción de 2,57 puntos porcentuales con respecto al 2017, continúan las condiciones mal clasificadas con un 19,31% y las lesiones con un

5,80% (...) El tercer ciclo vital lo enmarca la adolescencia, que notificó en los hombres un 54,61% de atenciones por las enfermedades no transmisibles, siendo esa la más mas consultadas en los años analizados con un aumento de 7,04 en comparación con el año 2017, seguido de las condiciones mal clasificadas con un 19,92% y las condiciones transmisibles y nutricionales con un 17,50%. Las condiciones maternas fueron las menos atendidas en este ciclo vital con un 0,08% (...) (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019, p. 99)

Figura 17 *Principales causas de mortalidad por ciclo vital en hombres, Departamento de La Guajira, 2009 – 2018*



Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019)

Frente a la morbilidad atendida para el grupo poblacional objeto femenino (Figura 18):

Para el año 2.018, al analizar la morbilidad por ciclo vital en la población femenina en la primera infancia registró un 50,21% a causa de las condiciones trasmisibles y nutricionales, con cifras que van en el año 2.009 de 56,04% a 50,21% para el año 2.017; no se observa diferencias importantes en los dos últimos años. Seguidamente las enfermedades no trasmisibles con un 27,09%, le siguen en tercer lugar las condiciones mal clasificadas con un 19,02%, observando un incremento de 2,0 puntos porcentuales con respecto al año 2017, posteriormente las lesiones con un 3,50%.

En la infancia, las enfermedades no transmisibles ocupan la principal causa de morbilidad, con cifras que van de 38,63% en el año 2009 a 42,88 para el 2.018, evidenciando un incremento de 3,5 puntos porcentuales con respecto al 2017. Seguidamente las condiciones transmisibles y nutricionales muestran una proporción de 33,22% presentando una reducción de 2,82 puntos porcentuales en comparación al año anterior. Le siguen las condiciones mal clasificadas con un 20,20%.

El tercer ciclo vital lo enmarca la adolescencia, en donde las enfermedades no transmisibles ocupan la principal causa observando para el año 2009 cifras de 45,48% a 50,55% en el 2018, evidenciando un incremento de 4,82 puntos porcentuales con respecto al año 2017. Le siguen las condiciones mal clasificadas con un 26,66% y una reducción de 2,22 puntos porcentuales comparado con el año anterior, seguidamente las condiciones transmisibles y nutricionales reflejan un 15,54%. En menor porcentaje se observaron las condiciones maternas con un 4,28% y las lesiones con un 2,97%.

La juventud en el año 2.018 registró un 47,46% en el grupo de las enfermedades no trasmisibles, con un incremento de 2,65 puntos porcentuales comparado con el año 2017 (44,81%), posteriormente, las condiciones mal clasificadas con cifras que oscilan de 18,68% para el año 2.009 a 27,74% para el año 2.018, le siguen, las condiciones transmisibles y nutricionales con un 13,11% de las morbilidades. En cuarto lugar, se observaron las condiciones maternas con un 9,50%, manifestando un decremento de 2,0 puntos porcentuales con relación al 2017. En menor proporción las lesiones con 2,18%.

En la adultez el grupo de las enfermedades no trasmisibles representan la principal causa, mostrando una proporción del 61,01% al 63,20% de las atenciones durante el periodo 2009 al 2017, así mismo, para el año 2018 se observa una proporción del 63,48%.

Consecutivamente, las condiciones mal clasificadas presentan tendencia al aumento en el periodo en estudio, con cifras que van de 17,24% en el año 2.009 a 20,96% para el 2017, en el año 2018 se mostró un 21,01%. Le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales con un 10,67% de las morbilidades para el año 2.018. En menor porcentaje se observaron las condiciones maternas con un 2,53% y las lesiones con un 2,32%. (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019, p. 101)

Figura 18. *Principales causas de mortalidad por ciclo vital en mujeres, Departamento de La Guajira, 2009 – 2018.*

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	Mujeres											Δ pp 2018-2017
		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Primera infancia (0 - 5años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	56,04	55,33	52,73	53,61	52,63	48,95	48,75	53,78	50,21	50,21	-0,01	
	Condiciones perinatales	1,22	1,33	1,62	1,25	0,71	1,35	1,26	0,62	0,45	0,34	-0,12	
	Enfermedades no transmisibles	25,81	25,79	25,43	24,97	24,66	23,71	24,88	24,01	28,14	27,09	-1,05	
	Lesiones	2,99	2,30	3,32	3,07	2,99	3,64	3,51	3,63	4,18	3,34	-0,83	
	Condiciones mal clasificadas	13,93	15,25	16,90	17,10	19,02	22,36	21,60	17,96	17,02	19,02	2,00	
Infancia (6 - 11 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	46,12	43,63	37,23	34,75	33,24	32,91	34,28	40,32	36,04	33,22	-2,82	
	Condiciones maternas	0,23	0,14	0,12	0,09	0,16	0,07	0,14	0,15	0,12	0,19	0,06	
	Enfermedades no transmisibles	38,63	38,59	44,67	44,94	42,24	38,23	38,00	34,90	39,73	42,88	3,15	
	Lesiones	2,87	3,18	3,73	3,47	3,80	4,52	4,44	4,44	4,39	3,50	-0,88	
	Condiciones mal clasificadas	12,16	14,48	14,24	16,74	20,56	24,28	23,14	20,19	19,72	20,20	0,49	
Adolescencia (12 - 18 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	28,94	27,16	25,40	19,35	16,79	16,79	15,89	18,19	16,04	15,54	-0,50	
	Condiciones maternas	4,15	4,71	4,62	5,62	6,61	7,86	6,75	5,50	5,38	4,28	-1,10	
	Enfermedades no transmisibles	45,48	44,70	44,92	48,49	47,87	42,36	42,85	42,15	45,73	50,55	4,82	
	Lesiones	3,64	2,69	3,05	2,77	2,58	3,28	3,55	3,58	3,98	2,97	-1,01	
	Condiciones mal clasificadas	17,79	20,73	22,00	23,77	26,96	29,71	30,96	30,58	28,88	26,66	-2,22	
Juventud (14 - 26 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	19,65	19,18	17,10	13,58	12,46	12,81	12,37	13,69	12,57	13,11	0,54	
	Condiciones maternas	9,07	9,97	9,97	10,22	12,22	12,59	12,23	10,69	11,50	9,50	-2,00	
	Enfermedades no transmisibles	50,53	49,40	48,97	52,26	47,89	43,99	42,13	42,77	44,81	47,46	2,65	
	Lesiones	2,08	1,94	2,12	1,76	1,80	2,54	2,57	2,73	2,63	2,18	-0,45	
	Condiciones mal clasificadas	18,68	19,51	21,84	22,18	25,62	28,07	30,70	30,12	28,48	27,74	-0,74	
Adultez (27 - 59 años)	Condiciones transmisibles y nutricionales	16,56	17,07	11,98	10,29	9,98	10,48	10,59	11,19	9,91	10,67	0,76	
	Condiciones maternas	2,80	2,84	3,17	2,62	3,24	3,30	3,35	2,54	3,29	2,53	-0,76	
	Enfermedades no transmisibles	61,01	60,01	63,72	67,74	64,97	61,78	59,19	60,83	63,20	63,48	0,28	
	Lesiones	2,39	2,22	2,44	1,96	1,96	2,48	2,44	2,49	2,64	2,32	-0,32	
	Condiciones mal clasificadas	17,24	17,86	18,69	17,39	19,86	21,97	24,43	22,93	20,96	21,01	0,05	

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019)

La realidad entonces es que existen unas prioridades en Salud en el Departamento de La Guajira, definidas en el ASIS 2019 como uno de los grandes retos que poseen al interior de sistema, incluyendo cada uno de los actores que interceden dentro de la atención a los usuarios.

Por una parte, encontramos, las prioridades frente a las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, en los cuales se esbozan los problemas, por ejemplo, de falta de alimentos y capacidad adquisitiva, así como la debilidad en la calidad de la atención en los procesos de gestación, parto y puerperio y las condiciones de los recién nacidos. Además, de la debilidad frente a la demanda inducida y desarrollo de actividades de promoción y prevención (Figura 19). (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019)

Figura 19. *Dimensiones incluidas en el Plan de Salud Pública.*

Priorización de los problemas de salud del Departamento de La Guajira, 2019	
Dimensión Plan Decenal	Prioridad
4. Seguridad alimentaria y nutricional	1. Baja disponibilidad y acceso a los alimentos mínimos para mantener a la población en un buen estado nutricional.
	2. No hay programas eficientes de seguridad alimentaria y nutricional dirigido a la población indígena.
	3. Deficiencia de ingresos económicos a nivel familiar y poca oferta laboral a la población afectiva del Departamento.
	4. Debilidad en la vigilancia sanitaria de los alimentos en la cadena de producción, transporte, conservación y manipulación.
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	1. Debilidad programas de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva.
	2. No se brinda la atención integral, con calidad en los servicios de la salud sexual y reproductiva de la población.
	3. No cumplimiento en las políticas de protección y promoción de los derechos reproductivos de todos los individuos, durante su ciclo de vida.
	4. Debilidad en la calidad de los servicios de salud que permitan garantizarle a la mujer un proceso de gestación, parto y puerperio y de las mejores condiciones para el recién nacido/a.
6. Vida saludable enfermedades transmisibles.	1. Falta de integración de actores intrasectorial a nivel municipal para el desarrollo de intervenciones conjuntas a favor de la prevención y vigilancia de los factores de riesgo asociados con enfermedades transmisibles.
	2. Debilidad en demanda inducida y desarrollo de acciones de promoción, prevención de enfermedades transmisibles por las entidades responsables.
	3. Debilidad en el desarrollo de factores protectores dirigida a población infantil para evitar enfermedades prevenibles por vacunación.
	4. Debilidad en los procesos de educación continuada dirigida a los profesionales de salud en protocolos de vigilancia, guías y normas técnicas de atención integral de eventos de interés en salud pública.
	5. Falta de integración de actores inter e intrasectoriales para el desarrollo eficiente de acciones de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo asociados con la presencia de enfermedades transmisibles.
	6. Debilidad en los programas que fortalecen la conciencia de hábitos de vida saludable y prevención de enfermedades endémicas epidemias.

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019)

En la matriz de riesgos (Tabla 6), también encontramos el grupo de riesgos por mortalidad, con referencia a la mortalidad infantil y de la niñez, frente a las grandes causas y los indicadores

trazadores. La Guajira entonces, demuestra una necesidad más que evidente, y de manera integral, es decir, de corte institucional, de sistema y de oferta de servicios. (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019)

Tabla 6 *Listado de prioridades por dimensión del PDSP y grupo de riesgo (MIAS) Mortalidad, Departamento de La Guajira 2005 – 2017.*

MORTALIDAD	PRIORIDAD	COLOMBIA 2.017	LA GUAJIRA 2.017	GRUPOS DE RIESGO (MIAS)
General por grandes causas*	1. Enfermedades sistema circulatorio	150,3	73,35	*001
	2. Las demás causas	118,36	69,81	*000
	3. Neoplasias	94,92	44,03	*007
	4. Causas externas	*58,00	39,99	*012
	5. Enfermedades transmisibles	32,82	24,23	*009
Específica por subcausas o subgrupos	1. Enfermedades del sistema circulatorio: Enfermedades isquémicas del corazón	80,07	33,62	*001
	2. Causas Extremas: Agresiones (Homicidios)	24,34	18,74	*012
	3. Transmisibles y nutricionales: Infecciones Respiratorias Agudas	*19,70	14,35	*009
	4. Todas las demás: Enfermedades Crónicas de las vías respiratorias inferiores	30,08	11,21	*001
	5. Neoplasias: Tumor maligno de la próstata	14,88	7,67	*007
Modalidad infantil y de la niñez: 16 grandes causas	1. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	4,23	4,56	*008
	2. Tumores (neoplasias)	4,09	*3,80	*007
	3. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	1,24	1,52	*000
	4. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	7,52	38,77	*000
	5. Enfermedades del sistema nervioso	4,78	4,56	*001
	6. Enfermedades del sistema circulatorio	2,99	7,28	*001
	7. Enfermedades del sistema respiratorio	16,28	25,09	*001
	8. Enfermedades del sistema digestivo	2,69	5,32	*000
	9. Enfermedades del sistema genitourinario	1,15	1,52	*000
	10. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	85,53	120,88	*008
	11. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	45,81	41,81	*008
	12. Signos, síntomas y hallazgos anormales y clínicos y de laboratorio	4,3	3,04	*000
	13. Causas externas de movilidad y mortalidad	11,15	6,84	*000
Mortalidad materno infantil y en la niñez: Indicadores trazadores	1. Razón de mortalidad materna	51,01	147,08	*008
	2. Tasa de mortalidad neonatal	6,94	10,64	*008
	3. Tasa de mortalidad infantil	10,73	16,18	*008
	4. Tasa de mortalidad en la niñez	13,02	20,14	*008
	5. Tasa de mortalidad por IRA en menores de cinco años	14,17	24,33	*009
	6. Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años	2,97	9,88	*009
	7. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años.	5,84	36,49	*008

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019)

2.1. Aspectos básicos de la validación de la oportunidad

Al iniciar la búsqueda de información para la construcción de nuestro estudio de mercado y validación de la oportunidad, se evidenció la necesidad del proyecto al terminar el primer sondeo, debido a los datos consolidados de las diferentes fuentes de información y al ser comparados con

datos nacionales. Esto llevo a que la búsqueda se trasladará sobre las fuentes oficiales y locales, para obtener mayor asertividad sobre la alternativa de solución ante el problema inminente.

Inicialmente se obtuvo información de la fuente oficial de Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud, con ello validar los movimientos de las diferentes atenciones en nuestra población objeto. De igual manera, se analizó a través del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), los servicios habilitados conforme a los subgrupos de atenciones (ver en el capítulo 5) que resultaron ser habilitables de acuerdo con la necesidad. Este ejercicio se hizo con los departamentos circunvecinos, como son Atlántico, Cesar y Magdalena, con el fin de entrever las falencias de nuestro departamento respecto a los otros, a nivel socioeconómico confrontado con la oferta de servicios de salud especializados. En la búsqueda, de analizar la salud de una forma holística, se analizaron datos oficiales del DANE de necesidades básicas insatisfechas, comparados con nuestros departamentos de referencia, de lo que se concluye, que, en base a los determinantes sociales en salud, nuestro departamento de interés carece de servicios y tejido social para la mantener en periodos prolongados la ausencia de la enfermedad.

En línea con la prestación de servicios, se estudió el comportamiento del aseguramiento, dejando una brecha de cobertura con relación negativa entre las zonas rurales y urbana, situación que se agudiza al llevar al ejercicio a las zonas rurales dispersas. El shock migratorio, toma importancia al analizar las atenciones que se ven representadas en este grupo poblacional. Al final, se llevó a cabo un ejercicio sobre el análisis comparativo de la capacidad instalada por departamento y el flujo poblacional afiliado, dejando distintos análisis favorecedores a la alternativa de solución.

Esta búsqueda de validación de la oportunidad deja un Business Model Canvas, aterrizado a la realidad de un departamento, que sostiene un Sistema de Salud, conforme a lo estipulado a nivel nacional, pero que no articula de manera oportuna y eficiente.

2.2. Principales hallazgos o *insights*

La Guajira es un departamento con altas incidencias de enfermedades que no son atendidas, los estudios previos así lo han demostrado. Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) confirman, la falta de gestión de riesgo especializada y las complicaciones traducidas en remisiones a los departamentos cercanos como lo son Atlántico, Magdalena y Cesar.

Atlántico es uno de los Departamentos de la región caribe con mayor desarrollo económico, social y cultural, cabe destacar, que en el sector Salud se han creado holdings por lo general familiares. Al analizar sus servicios, habilitados en relación con Materno – Perinatal y Pediatría, se observan 4983 servicios (Tabla 7), concentrados en la capital Barranquilla. Departamento con una extensión territorial de 3.386 Km^2 , según datos de la Gobernación y una distancia en tiempo desde el municipio más lejano de la capital, Suan, de 2 horas, según Google Maps. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.a; Google Maps, s.f.a)

Tabla 7 *Servicios asociados al proyecto habilitados en Atlántico.*

GRUPO	IPS CON SERVICIOS HABILITADOS ATLANTICO	Mixta	Privada	Pública	Total general	Totales por grupo
INTERNACION	105 -CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	1	23	0	24	387
	106 -CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	0	16	0	16	
	107 -CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	2	39	1	42	
	108 -CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	1	22	0	23	
	109 -CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	1	14	0	15	
	110 -CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	2	41	0	43	
	120 -CUIDADO BÁSICO NEONATAL	1	19	1	21	
	129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	3	108	38	149	
ATENCIÓN INMEDIATA	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	0	38	16	54	231
	1101-ATENCIÓN DEL PARTO	3	25	19	47	
	1102-URGENCIAS	9	61	26	96	
	1104-TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	1	27	26	54	
QUIRÚRGICOS	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	1	8	25	34	175
	203 -CIRUGÍA GENERAL	4	80	4	88	
	204 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA	4	42	4	50	
CONSULTA EXTERNA	212 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	2	32	3	37	2936
	301 -ANESTESIA	3	100	4	107	
	302 -CARDIOLOGÍA	1	86		87	
	306 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	1	34	3	38	
	312 -ENFERMERÍA	38	254	48	340	
	320 -GINECOBSTETRICIA	24	198	11	233	
	325 -MEDICINA FAMILIAR		35		35	
	328 -MEDICINA GENERAL	39	439	76	554	
	329 -MEDICINA INTERNA	9	258	8	275	
	333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	36	271	25	332	
	335 -OFTALMOLOGÍA		35		35	
	342 -PEDIATRÍA	26	204	7	237	
	344 -PSICOLOGÍA	38	416	26	480	
	385 -NEONATOLOGÍA		5		5	
APOYO Y DIAGNOSTICO TERAPEUTICO	420 -VACUNACIÓN	37	106	35	178	1254
	706 -LABORATORIO CLÍNICO	7	161	26	194	
	713 -TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA		18	3	21	
	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	15	246	29	290	
	729 -TERAPIA RESPIRATORIA	12	119	14	145	
	739 -FISIOTERAPIA	9	332	12	353	
	744 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES		56	3	59	
	745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	11	113	14	138	
Total general		347	4126	510	4983	

Fuente: Elaboración propia a partir de REPS (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.a)

El departamento de Magdalena, de igual manera ha venido avanzando en el sector salud, de manera más lenta, pero se mantiene como uno de los mayores referentes del departamento de La Guajira, por su cercanía con la parte norte y media de la jurisdicción. Al analizar sus servicios, habilitados en relación con Materno – Perinatal y Pediatría, se observan 3568 servicios, concentrados en la capital Santa Marta (Tabla 8). Un departamento, al igual que La Guajira,

disperso con más de 23.000 Km^2 , de acuerdo con su Gobernación; con distancias superiores a 6 horas. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.a; Google Maps, s.f.d)

Tabla 8 *Servicios asociados al proyecto habilitados en Magdalena.*

GRUPO	SERVICIOS HABILITADOS EN IPS MAGDALENA	Privada	Pública	Total general	Totales por grupo
INTERNACIÓN	105 -CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	8	1	9	234
	106 -CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	4	1	5	
	107 -CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	13	1	14	
	108 -CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	8	1	9	
	109 -CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	4	1	5	
	110 -CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	10	1	11	
	120 -CUIDADO BÁSICO NEONATAL	10	2	12	
	129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	45	71	116	
	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	18	35	53	
ATENCIÓN INMEDIATA	1101-ATENCIÓN DEL PARTO	15	65	80	243
	1102-URGENCIAS	27	42	69	
	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	25	47	72	
	1104-TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	15	7	22	
QUIRÚRGICOS	203 -CIRUGÍA GENERAL	30	7	37	73
	204 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA	20	7	27	
	212 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	8	1	9	
CONSULTA EXTERNA	301 -ANESTESIA	46	6	52	1697
	302 -CARDIOLOGÍA	39	1	40	
	306 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	15	1	16	
	312 -ENFERMERÍA	159	116	275	
	320 -GINECOBSTERICIA	107	7	114	
	325 -MEDICINA FAMILIAR	23	1	24	
	328 -MEDICINA GENERAL	191	176	367	
	329 -MEDICINA INTERNA	137	7	144	
	333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	147	46	193	
	335 -OFTALMOLOGÍA	14		14	
	342 -PEDIATRÍA	120	7	127	
	344 -PSICOLOGÍA	203	35	238	
	385 -NEONATOLOGÍA	6		6	
	420 -VACUNACIÓN	27	60	87	
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706 -LABORATORIO CLÍNICO	77	35	112	1321
	710 -RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	41	25	66	
	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	168	79	247	
	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	119	41	160	
	717 -LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	9	10	19	
	729 -TERAPIA RESPIRATORIA	85	35	120	
	739 -FISIOTERAPIA	140	22	162	
	741 -TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	72	72	144	
	744 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	26	6	32	
	745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	45	19	64	
	746 -GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	17	7	24	
	749 -TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS	84	87	171	
Total general		2377	1191	3568	

Fuente: Elaboración propia a partir de REPS (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.a)

En el departamento del Cesar se observan 2790 servicios habilitados asociados al proyecto (Tabla 9), parecido en extensión a La Guajira y Magdalena, con alrededor de 23.000 Km^2 , de acuerdo con la Gobernación, y con recorridos superiores a las 6 horas. Con alta presencia de la Sierra Nevada de Santa Marta, lo cual dificulta el acceso en salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.a; Google Maps, s.f.b)

Tabla 9 Servicios asociados al proyecto habilitados en Cesar.

GRUPO	IPS CON SERVICIOS HABILITADOS CESAR	Privada	Pública	Total general	Totales por grupo
INTERNACION	105 -CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	9	2	11	218
	106 -CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	6		6	
	107 -CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	15	1	16	
	108 -CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	9	1	10	
	109 -CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	5		5	
	110 -CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	14	1	15	
	120 -CUIDADO BÁSICO NEONATAL	9	3	12	
	129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	40	57	97	
	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	17	29	46	
ATENCIÓN INMEDIATA	1101-ATENCIÓN DEL PARTO	10	31	41	180
	1102-URGENCIAS	23	33	56	
	1104-TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	19	3	22	
	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	29	32	61	
QUIRÚRGICOS	203 -CIRUGÍA GENERAL	25	3	28	63
	204 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA	17	3	20	
	212 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	14	1	15	
CONSULTA EXTERNA	301 -ANESTESIA	36	3	39	1545
	302 -CARDIOLOGÍA	37	3	40	
	306 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	12	1	13	
	312 -ENFERMERÍA	119	96	215	
	320 -GINECOBSTERICIA	103	9	112	
	325 -MEDICINA FAMILIAR	17		17	
	328 -MEDICINA GENERAL	194	128	322	
	329 -MEDICINA INTERNA	120	6	126	
	333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	126	29	155	
	335 -OFTALMOLOGÍA	20	2	22	
	342 -PEDIATRÍA	107	8	115	
	344 -PSICOLOGÍA	210	33	243	
	385 -NEONATOLOGÍA	2	1	3	
	420 -VACUNACIÓN	41	82	123	
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706 -LABORATORIO CLÍNICO	76	37	113	784
	710 -RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	38	25	63	
	713 -TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	18	3	21	
	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	100	32	132	
	717 -LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	40	39	79	
	729 -TERAPIA RESPIRATORIA	87	11	98	
	739 -FISIOTERAPIA	142	9	151	
	744 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	51	25	76	
	745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	26	3	29	
	746 -GESTION PRE-TRANSFUSIONAL	19	3	22	
Total general		2002	788	2790	

Fuente: Elaboración propia a partir de REPS (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.a)

Nuestro departamento de domicilio, La Guajira, se observan en la tabla 10, que posee 2.372 servicios habilitados relacionados con el proyecto. Diferenciado de los departamentos de referencia por sus niveles de pobreza extrema e indicador de NBI, los cuales dentro de los determinantes sociales de la Salud inciden de forma directa en la Salud Integral, o en la presencia

de la enfermedad. Con recorridos de hasta días, dependiendo el clima, el departamento es un desafío para la Salud. Sumado a ello, las altas remisiones que dificultan mantener la integralidad del servicio, en compañía de los componentes familiares. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.a; Google Maps, s.f.c)

Tabla 10 *Servicios asociados al proyecto habilitados en La Guajira.*

GRUPO DE SERVICIO	IPS CON LOS SIGUIENTES SERVICIOS HABILITADOS	Privada	Pública	Total general	Totales por grupo
INTERNACIÓN	105 -CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	8		8	125
	106 -CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	6		6	
	107 -CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	7	1	8	
	108 -CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	8		8	
	109 -CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	6		6	
	110 -CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	7		7	
	120 -CUIDADO BÁSICO NEONATAL	8	3	11	
	129 -HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	18	29	47	
	130 -HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	7	17	24	
ATENCIÓN INMEDIATA	1101-ATENCIÓN DEL PARTO	8	16	22	82
	1102-URGENCIAS	12	16	18	
	1103-TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	6	20	26	
	1104-TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	12	4	16	
QUIRÚRGICOS	203 -CIRUGÍA GENERAL	10	6	16	37
	204 -CIRUGÍA GINECOLÓGICA	10	5	15	
	212 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	5	1	6	
CONSULTA EXTERNA	301 -ANESTESIA	15	7	22	1427
	302 -CARDIOLOGÍA	37	11	48	
	306 -CIRUGÍA PEDIÁTRICA	7	2	9	
	312 -ENFERMERÍA	96	116	212	
	320 -GINECOBSTERICIA	82	40	122	
	325 -MEDICINA FAMILIAR	4	7	11	
	328 -MEDICINA GENERAL	123	138	261	
	329 -MEDICINA INTERNA	96	37	133	
	333 -NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	100	81	181	
	335 -OFTALMOLOGÍA	26	15	41	
	342 -PEDIATRÍA	89	37	126	
	344 -PSICOLOGÍA	109	67	176	
	420 -VACUNACIÓN	29	56	85	
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706 -LABORATORIO CLÍNICO	49	54	103	701
	713 -TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA	7	4	11	
	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	69	68	137	
	717 -LABORATORIO CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS	16	45	61	
	729 -TERAPIA RESPIRATORIA	51	32	83	
	739 -FISIOTERAPIA	72	28	100	
	744 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - IONIZANTES	21	20	41	
	745 -IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES	15		15	
Total general		1292	1092	2372	

Fuente: Elaboración propia a partir de REPS (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.a)

Tabla 11 Necesidades básicas insatisfechas según departamento.

Código Departamento	Nombre Departamento	Necesidades Basicas Insatisfechas por Categorías %						
		Prop de Personas en NBI (%)	Prop de Personas en miseria	Componente vivienda	Componente Servicios	Componente Hacinamiento	Componente Inasistencia	Componente dependencia económica
08	ATLÁNTICO	11,37	2,18	2,16	1,49	4,07	2,95	3,39
20	CESAR	23,04	7,27	9,31	5,04	8,06	3,12	7,73
44	LA GUAJIRA	53,33	30,56	29,24	15,23	32,69	6,8	18,19
47	MAGDALENA	26,71	8,72	11,54	8,04	7,76	3,3	8,07
00	TOTAL NACIONAL	14,28	3,8	5,31	3,59	4,17	1,94	4,44

Fuente: (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, s.f.a)

La composición del Sistema de Salud Colombiano invita a visualizar el aseguramiento en los distintos departamentos, de esta manera se compone el aseguramiento, para este proyecto, en las edades de 0 a 49 años de género femenino, y de 0 a 17 años de género masculino:

Tabla 12 Población objeto afiliada departamento de Magdalena.

MAGDALENA		
Rango de edades	Genero	Cantidad
De 45 a 49 años	Femenino	38548
	Masculino	
De 40 a 44 años	Femenino	44016
	Masculino	
De 35 a 39 años	Femenino	47229
	Masculino	
De 30 a 34 años	Femenino	49489
	Masculino	
De 25 a 29 años	Femenino	54144
	Masculino	
De 20 a 24 años	Femenino	61712
	Masculino	
De 15 a 19 años	Femenino	66384
	Masculino	67240
De 10 a 14 años	Femenino	64217
	Masculino	68056
De 05 a 09 años	Femenino	60111
	Masculino	63434
De 0 a 4 años	Femenino	54378
	Masculino	57499
Total Población		796457

Fuente: Elaboración propia basada en BDUA (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, s.f.)

Tabla 13 Población objeto afiliada departamento de Atlántico.

ATLANTICO		
Rango de edades	Genero	Cantidad
De 45 a 49 años	Femenino	81360
	Masculino	
De 40 a 44 años	Femenino	94981
	Masculino	
De 35 a 39 años	Femenino	101668
	Masculino	
De 30 a 34 años	Femenino	104705
	Masculino	
De 25 a 29 años	Femenino	109394
	Masculino	
De 20 a 24 años	Femenino	112660
	Masculino	
De 15 a 19 años	Femenino	106730
	Masculino	108939
De 10 a 14 años	Femenino	103897
	Masculino	108354
De 05 a 09 años	Femenino	101249
	Masculino	105964
De 0 a 4 años	Femenino	90850
	Masculino	95597
Total Población		1426348

Fuente: Elaboración propia basada en BDUA (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, s.f.)

Tabla 14 Población objeto afiliada departamento de Cesar.

CESAR		
Rango de edades	Genero	Cantidad
De 45 a 49 años	Femenino	34496
	Masculino	
De 40 a 44 años	Femenino	39816
	Masculino	
De 35 a 39 años	Femenino	43645
	Masculino	
De 30 a 34 años	Femenino	47519
	Masculino	
De 25 a 29 años	Femenino	52037
	Masculino	
De 20 a 24 años	Femenino	54995
	Masculino	
De 15 a 19 años	Femenino	58921
	Masculino	59822
De 10 a 14 años	Femenino	58698
	Masculino	61199
De 05 a 09 años	Femenino	57310
	Masculino	59510
De 0 a 4 años	Femenino	52124
	Masculino	54769
Total Población		734861

Fuente: Elaboración propia basada en BDUA (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, s.f.)

A través del aseguramiento se confirma lo anteriormente descrito en la exposición de motivos, el departamento de La Guajira sostiene una composición subsidiaria en Salud, y se logra observar al obtener los datos precisos de la población objeto del proyecto que en régimen subsidiado se encuentran afiliados 667.528 personas (Tabla 15), mientras en que el régimen contributivo 75.398 (Tabla 16). (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, s.f.)

Tabla 15 Régimen subsidiado La Guajira mayo 2021, población general.

REGIMEN SUBSIDIADO LA GUAJIRA (MAYO 2021) - POBLACION GENERAL			
RANGO DE EDADES	GENERO		TOTAL GRAL
	F	M	
DE 0 A 5 AÑOS	56872	59424	116296
DE 6 A 17 AÑOS	108131	111747	219878
DE 18 A 29 AÑOS	84514		155040
DE 30 A 49 AÑOS	93444		176314
Total			667528

Fuente: (Gobernación de La Guajira, 2021)

Tabla 16 Régimen contributivo La Guajira mayo 2021, población general.

REGIMEN CONTRIBUTIVO LA GUAJIRA (MAYO 2021)- POBLACION GENERAL			
RANGO DE EDADES	GENERO		TOTAL GRAL
	F	M	
DE 0 A 5 AÑOS	6059	6459	12518
DE 6 A 17 AÑOS	12540	12912	25452
DE 18 A 29 AÑOS	13256		13256
DE 30 A 49 AÑOS	24172		24172
Total			75398

Fuente: (Gobernación de La Guajira, 2021)

Por lo general, la población que se encuentra en zona rural dispersa, son las poblaciones indígenas, que para nuestra población objeto suman un total de 281.676 (Tabla 17). Mientras que nuestra población sensible de 0 a 5 años se encuentra concentrada en los municipios de Riohacha, Maicao y Uribia (Tabla 18). (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, s.f.)

Tabla 17 Régimen subsidiado La Guajira mayo 2021, población indígena.

REGIMEN SUBSIDIADO LA GUAJIRA (MAYO 2021) - POBLACION INDIGENA			
RANGO DE EDADES	GENERO		TOTAL GRAL
	F	M	
DE 0 A 5 AÑOS	31863	33069	64932
DE 6 A 17 AÑOS	63313	65236	128549
DE 18 A 29 AÑOS	43624		43624
DE 30 A 49 AÑOS	44571		44571
Total			281676

Fuente: (Gobernación de La Guajira, 2021)

Tabla 18 Población menor de 5 años por municipios, La Guajira mayo 2021.

POR MUNICIPIOS LA GUAJIRA (MAYO 2021) - MENORES DE 0 A 5 AÑOS			
MUNICIPIOS	GENERO		TOTAL GRAL
	F	M	
RIOHACHA	16522	17156	33678
ALBANIA	1832	1812	3644
BARRANCAS	1813	1849	3662
DIBULLA	2259	2255	4514
DISTRACCION	523	546	1069
EL MOLINO	300	338	638
FONSECA	2253	2407	4660
HATONUEVO	1091	1213	2304
LA JAGUA DEL PILAR	89	112	201
MAICAO	14895	15835	30730
MANAURE	5575	5819	11394
SAN JUAN DEL CESAR	2398	2591	4989
URIBIA	11924	12409	24333
URUMITA	339	405	744
VILLANUEVA	1118	1136	2254
TOTAL	62931	65883	128814

Fuente: (Gobernación de La Guajira, 2021)

Los migrantes, son la otra población objeto que se debe tener en cuenta, debido al alto flujo migratorio que ha tenido el Departamento en los últimos años, los modelos atención a las personas migrantes irregulares se han dado a través de recursos públicos dirigidos por la Gobernación y Cooperantes internacionales. Esta población sin Permiso Especial de nuestra población objeto suman alrededor de 64.262 personas. (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, s.f.)

Tabla 19 Población migrante y refugiada La Guajira febrero 2021.

Refugiados y Migrantes Venezolanos Feb 2021	
Migrantes en La Guajira	150806
PEP	38033
SIN PEP	112773
Proxy Masculino Sin PEP 0-17	13236
Proxy Sin Femenino PEP 0-49	51026

Fuente: (Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos en Colombia, 2020)

Al realizar un análisis horizontal de los grupos por servicios y población objeto de los departamentos (Tabla 20), resulta importante anotar que La Guajira, en relación con los servicios asociados al proyecto sobre la población objeto, tiene mejores números de las otras tres jurisdicciones. Sin embargo, al analizar la matriz con servicios especializados, es decir, con exclusivos hacia la ruta materno – perinatal, el departamento del Atlántico supera por mucho a los demás departamentos.

Tabla 20 *Análisis cruzado grupo de servicio/población objeto.*

ANÁLISIS CRUZADO GRUPO DE SERVICIO / POBLACIÓN OBJETO				
RELACIÓN SERVICIOS/POB. OBJETO	LA GUAJIRA	MAGDALENA	CESAR	ATLANTICO
INTERNACION	0,062%	0,029%	0,030%	0,027%
ATENCIÓN INMEDIATA	0,041%	0,031%	0,024%	0,016%
QUIRURGICO	0,018%	0,009%	0,009%	0,012%
CONSULTA EXTERNA	0,712%	0,213%	0,210%	0,206%
APOYO Y DIAGNOSTICO TERAPEUTICO	0,350%	0,166%	0,107%	0,088%

Fuente: Elaboración propia a partir de REPS (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.a)

Por ende, los servicios del departamento de La Guajira suman 40, incluyendo especialidades (Tabla 21). El análisis es dirigido hacia el acceso efectivo de la Salud, a las condiciones socio – culturales y la falta de integralidad en los prestadores especializados del departamento. Esto superpone, la propuesta naciente de este proyecto.

Tabla 21 Servicios especializados asociados a la Unidad por departamentos.

Cuadro de servicios especializados asociados al proyecto por Departamento				
depa_nombre	muni_nombre	codigo_habilitacion	nombre_prestador	Servicios Hab
Atlántico	SABANALARGA	0863800155	ESE CENTRO MATERNO INFANTIL DE SABANALARGA	52
Atlántico	SOLEDAD	0875800161	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIUDADELA METROPOLITANA DE SOLEDAD	68
Atlántico	SOLEDAD	0875800714	FUNDACION CLINICA MATERNO INFANTIL ADELA DE CHAR	60
Atlántico	PUERTO COLOMBIA	0857302309	MATERNAL FETAL HEALTH S.A.S	2
Atlántico	SOLEDAD	0875802141	UNIDAD DE PERINATOLOGIA Y TERAPIA FETAL DEL CARIBE S.A.S UNIFETAL S.A.S	6
Atlántico	BARRANQUILLA	0800103068	CEDIFETAL S.A.	
Atlántico	BARRANQUILLA	0800103897	maternal fetal health S.A.S	2
Atlántico	BARRANQUILLA	0800103389	UNIDAD DE PERINATOLOGIA Y TERAPIA FETAL DEL CARIBE SAS	7
Cesar	AGUACHICA	2001102222	UNIMUJER IPS MATERNO INFANTIL SAS	4
Cesar	VALLEDUPAR	2000101798	UNIDAD MATERNO FETAL DEL CARIBE S.A.S.	2
Magdalena	SANTA MARTA	4700101505	UNIDAD DE PERINATOLOGIA Y TERAPIA FETAL DEL CARIBE SANTA MARTA	4
Magdalena	SANTA MARTA	4700101482	NATALIS S.A.S PERINATOLOGIA, DIAGNOSTICO Y ULTRASONIDO PRENATAL	16
La Guajira	MAICAO	4443000740	UNIDAD MATERNO INFANTIL DE LA COSTA S.A.S	7
La Guajira	RIOHACHA	4400101179	CENTRO DE MEDICINA MATERNO FETAL Y SALUD FEMENINA S.A.	3
La Guajira	URIBIA	4484700836	UNIDAD MATERNO INFANTIL TALAPUIN S.A.S.	30

Fuente: Elaboración propia a partir de REPS (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.a)

Esto nos deja un mercado abierto, con ventajas comparativas identificadas para presentar una propuesta de servicio para evaluar financiera y técnicamente.

2.3. Perfil básico de los *early adopters*

La validación de la oportunidad nos deja un panorama abierto a la proyección, en cual resulta importante establecer los actores claves a acompañar el proceso de consolidación de la empresa, pero además identificar cuáles actividades estratégicas nos permitirán llegar a nuestra promesa de valor y mantener nuestra relación con el cliente una vez se dé el primer contacto por atención.

Inicialmente se empleó el Modelo de Negocio Canvas (Tabla 22), con el fin de identificar el entorno, dándole prioridad al enfoque de producción y la eficiencia basada en la organización

de procesos. En este se identifican los socios claves, actividades claves, recursos claves, propuesta de valor, clientes y relación con los clientes, canales, estructura de costos y fuentes de ingreso.

Tabla 22 Modelo de Gestión CANVAS Unidad Materno Infantil de La Guajira (UMIGUA).

UNIDAD INTEGRAL MATERNO INFANTIL DE LA GUAJIRA				
SOCIOS CLAVE	ACTIVIDADES CLAVE	PROPUESTA DE VALOR	RELACION CLIENTE	CLIENTES
1. EPS 2. IPS de diferentes niveles 3. Alianza de Usuarios 4. Sociedades Medicas Especializadas 5. Entidades Territoriales 6. ONG 7. Empresas Consultoras 8. Proveedores 9. Veedurias	1. Prestar un servicio integral para el grupo poblacional Materno-Infantil 2. Establacer la demanda inducida a usuarios 3. Transferir conocimiento terapeutico 4. Desarrollar politica de retención de TH 5. Certificarse con IAMI 6. Desarrollar cultura oragnizacional	La Unidad Integral Materno Infantil de La Guajira ofrecerá servicios especializados con calidad al grupo poblacional materno infantil, atendiendo de forma oportuna el riesgo de enfermedad y atención de la misma.	1. Atención de pacientes a través de las EAPB 2. Demanda inducida a través de la prestación de servicios 3. Actividades con Alianzas de Usuarios 4. Atención de pacientes a través de ONG	1. Usuarios de EPS en el grupo poblacional Materno Infantil 2. Usuarios canalizados por las ONG en el grupo poblacional Materno Infantil 3. Sociedades Medicas 4. Comunidad Guajira con capacidad de gasto de bolsillo
	RECURSOS CLAVE 1. Planta Fisica 2. Talento Humano en Salud y Administrativo 3. Proveedores 4. Plan de Medios 5. Transporte		CANALES 1. Atención integral en planta fisica 2. Atención extramural 2. Redes Sociales y Pagina Web 3. Publicidad BTL	
Estructura de COSTES		Fuentes de INGRESO		
1. Construcción de la Planta Fisica 2. Gastos en talento humano en Salud y Administrativo 3. Gastos en Dotación Biomedica 4. Gastos en insumos para la atención 5. Plan de mercadeo y manejo de redes 6. Impuestos		1. Convenios con EPS de los distitnos regimenes 2. ONG 3. Venta a particulares con capacidad de gasto de bolsillo 4. Convenios de administración de recursos públicos 5. Ventas de congresos directos		

Fuente: Elaboración propia.

Este Modelo de Gestión Canvas nos propone un escenario ambicioso, pero aterrizado a la realidad. Inicialmente se plantea que las actividades claves nos permitirán desarrollar nuestra propuesta de valor, y a la vez fidelizar a nuestros clientes, para mantener a nuestros socios claves. Frente a la disposición de usos y fuentes contables, la estructura de costos e ingreso es equilibrado y permitirá la ejecución de este.

3. Producto o Servicio

La palabra por resaltar dentro del nombre de la UMIGUA y, que le da vida al proyecto es: *integral*; es decir esta debe ser una política empresarial y base de la cultura organizacional. Por ende, para garantizar la atención de esta forma, se propone la habilitación de 36 servicios, acorde a la Ruta Materno – Perinatal y de Pediatría. Los servicios descritos en la tabla 23, serán los estudiados financieramente en este proyecto, mientras que los demás se pretenden habilitar en alianzas con inversores externos, en aras de compartir el riesgo como anteriormente se ha mencionado.

Tabla 23 Servicios para habilitar.

Grupo Servicio_3100	Código_servicio _anterior_3100	Nombre_servicio_3100
INTERNACIÓN	105	CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL
	106	CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO
	107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS
	108	CUIDADO INTENSIVO NEONATAL
	109	CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO
	110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS
	120	CUIDADO BÁSICO NEONATAL
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGÍA GENERAL
	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA
	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA
	302	CARDIOLOGÍA
	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA
	312	ENFERMERÍA
	320	GINECOBSTERICIA
	325	MEDICINA FAMILIAR
	328	MEDICINA GENERAL
	329	MEDICINA INTERNA
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
	335	OFTALMOLOGÍA
	342	PEDIATRÍA
	344	PSICOLOGÍA
	420	VACUNACIÓN
APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA	706	LABORATORIO CLÍNICO
	712	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO
	714	SERVICIO FARMACÉUTICO
	729	TERAPIA RESPIRATORIA
	739	FISIOTERAPIA
	744	IMÁGENES DIAGNOSTICAS- IONIZANTES
	745	IMÁGENES DIAGNOSTICAS - NO IONIZANTES
	746	GESTION PRE-TRANSFUSIONAL
ATENCIÓN INMEDIATA	749	TOMA DE MUESTRAS DE CUELLO UTERINO Y GINECOLÓGICAS
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO
	1102	URGENCIAS
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO
	1104	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO

Fuente: Elaboración propia.

La Sociedad Americana Contra el Cáncer define la atención integral como:

Un enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas. La atención integral, la cual involucra la colaboración de muchos profesionales, es el enfoque estándar en todos los centros médicos especializados (...). (American Cancer Society, 2017)

Para nuestra realidad cultural y topográfica, que el paciente encuentra una amplia gama de servicios en un mismo lugar, reduciendo así las afecciones al gasto de bolsillo en transportes y gastos asociados a las posibles atenciones.

El nivel de calidad por cada servicio debe ser ajustado a las guías y protocolos en materia nacional e internacional. Esto traerá consigo las ventajas comparativas del mercado, basados en la integralidad y la calidad del servicio. Para esto debe haber un proceso de adaptación de guías y protocolos, a través de una referenciación con unidades de atención de alta complejidad hospitalaria de la misma modalidad (ya descrita) del país; además del ordenamiento del servicio, basados en la dinámica operacional y financiera por grupo de servicio.

3.1. Especificaciones técnicas del servicio

De acuerdo con el manual de inscripción y habilitación de servicios de salud de la Resolución 3100 de 2019, se define la modalidad de prestación de servicios intramural, como la forma de prestar un servicio en una infraestructura física destinada a la atención en salud. *(Resolución 3100 de 2019)*

Además de ello se definió, el “cuenta con” en el cual se describe la obligatoriedad y permanencia del talento humano, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos dentro de un servicio de salud. Otro criterio muy importante, es la disponibilidad, debido a que el talento humano puede estar ubicado fuera del servicio, pero que se encuentren a plena disposición y fácil localización para brindar una atención oportuna. (*Resolución 3100 de 2019*)

Por ende, nuestros estándares van dirigidos a las condiciones tecnológicas y científicas según la resolución en mención: (1) Talento humano, (2) Infraestructura, (3) Dotación, (4) Medicamentos, dispositivos médicos e insumos, (5) Procesos prioritarios, (6) Historia clínica y registros y (7) Interdependencia. (*Resolución 3100 de 2019*)

De acuerdo con los servicios que se pretenden brindar (Tabla 24), de la inversión propia del proyecto, la Resolución especifica técnicamente cada uno de ellos, para lograr los estándares mínimos, en adelante relacionamos la ubicación de estos en el documento, teniendo en cuenta esto para los componentes anteriormente mencionados, en aras, de crear un servicio fortalecido en dinámica organizacional como lo propende el espíritu de la norma.

Tabla 24 *Servicios con fines de inversión propia.*

Grupo Servicio_3100	Codigo_servicio_anterior_3100	Nombre_servicio_3100	Especificaciones tecnicas Resol. 3100 de 2019
INTERNACIÓN	120	CUIDADO BÁSICO NEONATAL	11.4 GRUPO INTERNACIÓN
	129	HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	
	130	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	
QUIRÚRGICOS	203	CIRUGÍA GENERAL	11.5 GRUPO QUIRÚRGICO .
	204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	
	212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	
CONSULTA EXTERNA	301	ANESTESIA	11.2. GRUPO CONSULTA EXTERNA
	302	CARDIOLOGÍA	
	306	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	
	312	ENFERMERÍA	
	320	GINECOBSTERICIA	
	325	MEDICINA FAMILIAR	
	328	MEDICINA GENERAL	
	329	MEDICINA INTERNA	
	333	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	
	335	OFTALMOLOGÍA	
	342	PEDIATRÍA	
ATENCIÓN INMEDIATA	344	PSICOLOGÍA	
	420	VACUNACIÓN	
	1101	ATENCIÓN DEL PARTO	11.6 GRUPO ATENCIÓN INMEDIATA
	1102	URGENCIAS	
	1103	TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	
	1104	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO	

Fuente: Elaboración propia.

3.2. Características del servicio

Una vez expuestos los motivos y argumentos de este proyecto, resulta importante revisar las ventajas comparativas, bajos las premisas, que se podrían resumir en una baja capacidad de respuesta especializada, así como los notables procesos de referencia y contra referencia a otros departamentos. En respuesta de ello se obtiene:

- La locación estratégica.
- La transferencia de conocimiento.
- Atención humanizada.

- Cultura organizacional.
- Búsqueda de acreditación en Salud.

La locación estratégica, es un punto importante para resaltar, debido al que estar ubicados en el distrito de Riohacha, es equidistante a diferentes municipios y zonas rurales del Departamento. Por otra parte, la transferencia de conocimiento como meta de construcción diaria de empresa, permitirá la retroalimentación constante y formación permanente de los profesionales encargados de la parte administrativa y asistencial. De la mano entonces, con ello iría la atención humanizada junto a una fuerte cultura organizacional, haciéndole honor a nuestra visión, una empresa que cambie la historia de la prestación de servicios para este grupo poblacional. Todos los procesos anteriores, nos permitirán una madurez en búsqueda de la acreditación en salud.

3.3. Beneficios del servicio

Nuestros principales clientes serán las EAPB y sus afiliados quienes recibirán una prestación de servicios enmarcados en:

- La integralidad de los servicios.
- Disminución en remisiones y traumatismos a familiares.
- Retroalimentación y seguimientos de pacientes con procesos de vigilancia epidemiológica y continuidad programas especializados.
- Gestión de riesgo.
- Procesos alimentados con calidad del dato.
- Cumplimiento de la gestión del riesgo en salud y atención oportuna de alta complejidad.

Para las ONG que remitan pacientes en condición de vulnerabilidad:

- Trata humanizado, libre de xenofobia y similares.
- Integralidad en los servicios para familias numerosas.

Para las personas con capacidad de gasto de bolsillo:

- Tecnologías de vanguardia.
- Profesionales médicos con cultura organizacional.
- Paquetes de gestión del riesgo en salud.

3.4. Servicio posventa

Este servicio funcionará a través de un servicio al cliente adaptado a las realidades del territorio, comprende actividades tal como:

- Retroalimentación en campo a través de las demandas inducidas del mismo servicio y nuestros clientes.
- Contacto efectivo a través de canales virtuales.
- Contacto efectivo a través de ventanilla de servicio al cliente.
- Seguimiento a indicadores de resultado, con el fin de identificar desviaciones e implementar planes de mejora.

En aras de la monitorización de los servicios ofertados, enfocados en la gestión por procesos, se construyeron indicadores primarios para evaluar el direccionamiento estratégico (Tabla 25), y sea guía para decantar a procesos y procedimientos de menor magnitud dentro de la Unidad.

Tabla 25. Indicadores estratégicos de la UMIGUA

	MAPA ESTRATÉGICO	OBJETIVO	INDICADORES	METAS
Perspectiva financiera	Disminuir las pérdidas	Elaborar estrategias que procuren la excelencia operacional	Optimizar la productividad del talento humano asistencial	# pacientes atendidos / # pacientes por atender
			Optimizar la productividad del talento humano administrativo	Porcentaje de cumplimiento de las metas establecidas de acuerdo al cargo
			Evitar el uso inadecuado de insumos (sobreutilización - subutilización)	Rotación de inventario 1:1
Perspectiva comercial	Generación de servicios con enfoque diferencial en el departamento	Diseñar y desarrollar estrategias de atención que afiancen la calidad, humanización y gestión integral del riesgo	Satisfacción del usuario en su dinámica individual, grupal, familiar, social y cultural	> 80%
			Disminución de la mortalidad Materno-Infantil en el departamento	1% ≥ Disminución bianual ≤ 10%
Perspectiva procesos internos	Garantizar la integralidad de la atención	Procurar la máxima ocupación de capacidad instalada dando continuidad a la atención requerida	Ocupación mínima de Unidades de Cuidado Crítico	90% mes
			Ocupación mínima de Hospitalización	85% mes
			Atención Triage I en consultorio	< 5 minutos
			Atención Triage II en consultorio	< 20 minutos
			Procedimientos quirúrgicos diarios	8 procedimientos/día
			# de remisiones realizadas mensualmente	< 10% multifactorial
Perspectiva de aprendizaje & desarrollo	Implementar una cultura organizacional	Asegurar la adherencia de las políticas corporativas de integralidad e innovación	Proporción de colaboradores que cumplen con la evaluación de desempeño	>95% / # total de colaboradores

Fuente: Elaboración propia.

Dichos indicadores estratégicos se plantean con el fin de tasar las desviaciones y realizar intervenciones cuando sea necesario, teniendo como marco de referencia tres de los atributos de la calidad: eficiencia, eficacia y efectividad, definiéndolos con las siguientes ecuaciones:

$$Eficiencia = \frac{Recursos\ utilizados}{Recursos\ asignados} \quad (1)$$

$$Eficacia = \frac{Metas\ cumplidas}{Metas\ establecidas} \quad (2)$$

$$Efectividad = Eficiencia \times Eficacia \quad (3)$$

Estos son el principio de la gestión por procesos, marcando la ruta para la creación de indicadores de dicha gestión, así como indicadores operativos, gerenciales, de seguimiento a factores riesgo, morbilidad, mortalidad, epidemiológicos, de recursos, servicios, coberturas, entre otros. Por tanto, a medida que el proyecto avance y se consolide, de acuerdo con los potenciales resultados clínicos, oportunidades de mejora y adversidades que se afronten, se ajustarán y/o se adicionarán nuevos indicadores, para el mejoramiento continuo del proceso institucional.

4. Plan de mercadeo

4.1. Entorno económico del emprendimiento

La pandemia producida por el COVID-19, desplegó un aumento masivo de utilización de los servicios de salud, con estancias y giros camas prolongados, una prueba más que importante para el sistema de salud colombiano. Evaluar los resultados de este uso masivo dispondrá de temas relevantes como la capacidad de respuesta ante un evento inesperado, pero, además, la fluidez de los recursos desde las EAPB hacia las IPS. Entre tanto, el Banco de la República, aseguró a través de los reportes del emisor, que durante el año de la pandemia el PIB se contrajo en un 6,8%, para el año 2021 se produjo un crecimiento del 5,1% y el esperado para el año 2022 será de 3,6%, un esperado bastante conservador y normalmente visto en las proyecciones históricas de nuestro país. (Banco de la República, 2022)

Dentro del mismo escenario, el ministro de Salud y Protección Social, Fernando Ruiz, afirmó en la revista Semana a principio del presente año, que la inversión pública en Salud para el año 2022 se estima en un 8,6% del PIB, una inversión histórica. (Ruiz, 2022, párr. 1)

Con esta composición de gasto público, el tamaño de mercado entonces tiende al crecimiento, la pandemia dejó entre sí, un mensaje de prevención a la población sana, por ende, se espera un mayor uso de los servicios de salud. El proyecto materno infantil de igual manera requiere de una población específica, que, como antes mencionada, está siendo desatendida en uso corriente y en calidad del servicio. Por su parte, el desarrollo de nuevos procesos terapéuticos, quirúrgicos y de capacidad de respuesta, propenden un escenario de prestación positivo, bajo la premisa del nuevo cuidado, temas como Salud Mental, la Medicina Familiar y hasta los determinantes sociales de la salud, hacen parte de esto con mucho eco en el medio.

Se considera además la transformación de la industria farmacéutica y la biotecnología, por una parte, los avances en las opciones terapéuticas en la combinación de la dosificación mediante la clínica de los pacientes han dejado entre ver, procesos importantes de farmacovigilancia en el país, así como la evaluación económica de tecnologías en salud, las cuales sin duda alguna es un aporte importante al entorno económico de este emprendimiento.

Según la carta magna colombiana, la atención en salud es un servicio público, por ende, las regulaciones representan un riesgo al entorno económico. Las intervenciones a nivel legislativo y ejecutivo podrían tomar rumbos que desfavorezcan inversiones privadas. Sin embargo, Colombia se ha caracterizado desde la promulgación de la Ley 100 de 1993, como un estado en búsqueda de la perfección de este sistema mixto. (República de Colombia, 1991; *Ley 100 de 1993*)

Frente a la variación de las tasas de inflación, al igual que la región Latam, Colombia ha sufrido un aumento de esta notablemente, por lo problemas de producción primera y comercialización de materia prima (Becerra-Eljalde, 2021). Sin embargo, en los servicios de Salud tienden apartarse un poco de este índice, para tener sus propios incrementos de acuerdo con nuevas tecnologías y procesos y procedimientos. (El Tiempo, 2018)

Las barreras de entradas en el sector son plenamente reconocidas, inicialmente la constitución del modelo negociación con las empresas promotoras de servicios de salud resulta tal vez el ítem más importante, de la calidad y los procesos de transferencia de conocimiento depende la nueva persuasión, ya que vía precios de acuerdo con el incremento de la materia prima en atención médica y la lucha salarial del personal de salud, sería difícil de sostener. Seguidamente,

en la competencia no existen asimetrías de información, debido a la estandarización mínima exigida por el sistema obligatorio de calidad que tiene el país. Por último, se tendrá en cuenta las normatividades de nuevos emprendimientos en zonas de conflicto, tal como lo es el departamento de La Guajira, entre ellos el Decreto 1650 de 2017.

La Guajira, entonces, comprende una población afiliada cercana al millón de personas, a través del aseguramiento se confirma lo anteriormente descrito en la exposición de motivos, el Departamento de La Guajira, sostiene una composición subsidiaria en Salud, y se logra observar al obtener los datos precisos de la población objeto del proyecto que en régimen subsidiado se encuentran afiliados 667.528 personas, mientras en que el régimen contributivo 75.398. (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, s.f.)

Por lo general la población que se encuentra en zona rural dispersa, son las poblaciones indígenas, que para nuestra población objeto suman un total de 281.676. Mientras que nuestra población sensible de 0 a 5 años se encuentra concentrada en los municipios de Riohacha, Maicao y Uribia. (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, s.f.)

Los migrantes, son la segunda población objeto que se tiene en cuenta, debido al alto flujo migratorio que ha tenido el Departamento en los últimos años, los modelos atención a las personas migrantes irregulares se han dado a través de recursos públicos dirigidos por la Gobernación y Cooperantes internacionales. Esta población sin Permiso Especial de nuestra población objeto suman alrededor de 64.262 personas. (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, s.f.)

La composición del aseguramiento según las EAPB, demuestran un equilibrio competitivo, debido a que no existe una concentración de afiliados tan noblemente en una o dos EAPB. Lo que permite procesos de negociación más objetivos y enfocados al resultado.

Tabla 26 *Distribución porcentual de participación de EAPB en La Guajira.*

EPS	Participación ambos regimenes
COMFAGUAJIRA	26,84%
ANASWAYUU EPSI	22,84%
DUSAKAWI	15,81%
CAJACOPI ATLANTICO	12,98%
AIC	4,13%
NUEVA EPS S.A.	7,23%
EPS SANITAS	6,38%
COOMEVA E.P.S. S.A.	1,56%
SALUD TOTAL E.P.S.	2,05%
COOSALUD	0,19%

Fuente: Elaboración propia a partir de (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, s.f.)

Las premisas iniciales para este proyecto están establecidas para la población Materno-Infantil, que comprende a las mujeres en edad de gestación y/o en gestación, y los niños, niñas y adolescentes, entre los 0 a 17 años. Además, las atenciones requeridas son de cuarto nivel, y que, sobre ello, recaen los servicios que pretenden habilitarse. Por último, es importante señalar que, si bien el proyecto se basa en la Unidad Integral Materno Infantil de La Guajira (UMIGUA), en el “cuenta con” y para responder a lo que se describirá a continuación, deben proyectarse temas asociados a diferentes niveles y de grupos poblacionales, desde las estrategias de promoción y prevención, hasta la demanda inducida al servicio, directamente, los de consulta externa y, de promoción y mantenimiento.

La distribución poblacional por grupo etario deja entrever las altas tasas de natalidad en la región, con niveles del 24% entre niños de 0 a 4 años y de 5 a 9 años respectivamente; la población adolescente y joven entre los rangos de 10 a 29 años es la más alta, ocupando aproximadamente el

40%; los adultos entre 30 y 59 años representan en promedio el 30%; y finalmente los mayores de 60 años el 6% del total poblacional, mostrando un incremento en la esperanza de vida. Las dinámicas poblacionales actuales son determinantes para el análisis de los principales indicadores socioeconómicos incluyendo las causales que impiden o condicionan el cierre de brechas en la región. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, s.f.a)

4.2. Tipo de clientes del producto

El proyecto tiene tres tipos de clientes generales, en primera instancia, y el más directo, las EAPB, seguidamente los usuarios del sistema y finalmente el Estado. Todos ellos en búsqueda de la percepción de la calidad y la integralidad en los servicios que un prestador pueda ofrecer. Es decir, según los modelos de Kotler y Gertner (Tabla 27), tendríamos clientes B2B y B2C. Si se vende un bien o servicio al mercado de consumo, pero lo vende a través de un canal de distribuidores, mayoristas y minoristas, se debe analizar cuidadosamente el consumidor final y los intermediarios de la cadena.

Tabla 27 *Tipo de Cliente y Modelo de negocio UMIGUA.*

	B2B	B2C
Compra	– Lógico	– Emocional
Costo	– Más costoso (requiere proceso de decisión – ROI).	– Menos costoso
Marketing	– Beneficios del producto para el consumidor.	– Beneficios del producto + emocionalidad.
	– Cómo opera dentro de la organización.	– Conveniencia = + canales de distribución
	– ¿Qué es importante para ellos?	
Material de <i>marketing</i>	– Enfoque en cómo el producto o servicio ahorra tiempo, dinero, y recursos (<i>saves money, makes money</i>).	– Enfoque láser, directo.
		– ¿Cómo el producto alivia mi problema? (Aspirina vs. Vitamina) (<i>saves money, makes money</i>).

Nota: Tabla adaptada. Fuente: (Kotler & Gertner, 2007)

Sin embargo, con las realidades anteriormente expuestas, este proyecto requiere de especificidad en el cliente emocional. Ese que, en el departamento de La Guajira, posee bajas capacidades adquisitivas, por lo tanto, un diminuto gasto de bolsillo para el acceso real a la salud en la integralidad de los servicios. Este consumidor final, requiere entonces minimizar costos al momento de requerir un servicio de salud, inicialmente buscando la integralidad y finalmente teniendo una atención con calidad que permita el desenlace positivo, sin reingresos al sistema.

El cliente lógico, representados en este proyecto por las EAPB, persiguen objetivos similares a cliente emocional, desenlaces positivos, que permitan la minimización de costos y el control total del riesgo en salud de la población. El balance entre ahorro en uso y la calidad con integralidad del servicio, resulta importante para este tipo de cliente.

Para el Estado, en cambio, la reducción de todos los índices y tasas mencionados anteriormente para este grupo etario toma relevancia al momento de evaluar las habilitaciones y acreditaciones pertinentes, que, por el modelo y ruta de atención de este, será un proceso viable.

4.3. Análisis competitivo

A partir del análisis realizado en el apartado anterior, podemos concluir que la competencia especializada al nivel de calidad e integralidad en el Departamento de La Guajira es casi nula, sin embargo, existen factores que todo emprendimiento debe tomar en cuenta. Porter (2015) nos propone una matriz de análisis competitivo (Tabla 28), en la cual se analizan las fortalezas y debilidades, de acuerdo con distintos factores entre el emprendimiento y los competidores directos, contrastados con la percepción general del cliente, para este caso elegido el emocional. Considerando esta escala: 1 si no es importante y 5 si es muy importante.

Tabla 28 *Matriz de análisis competitivo UMIGUA.*

Factor clave	Su empresa	Fortaleza	Debilidades	Competidor A	Competidor B	Importancia para el cliente emocional
Servicios	Estándar / Integralidad		X	5	5	5
Precio	Estándar		X	5	5	1
Calidad	Nivel de Acreditación	X		2	1	5
	Cumplimiento con los estándares del SOGCS	X		2	1	5
Servicio	Ruta y modelo de atención	X		2	1	5
Ubicación	Salida a la ciudad	X		4	4	3

Nota: Tabla adaptada. Fuente: (Porter, 2015)

Para el primer factor, el producto está estandarizado en las guías y protocolos de atención a población materno infantil, así como la ruta materno perinatal. Frente a los competidores directos se podría considerar la integralidad en los servicios como materia diferencial. Para los clientes entonces, resulta importante lo anteriormente mencionado debido a que este prestador se encontrará toda la cadena de servicios disponibles.

Frente al factor precios, también influye la experiencia de los competidores, por negociaciones pasadas con el cliente lógico, no siendo esto óbice para competir a través de la calidad y la integralidad. Para el cliente emocional, por la composición del gasto en salud, a través de los regímenes (contributivo y subsidiado), este factor no es tan importante.

En los últimos tres factores, importantes para el cliente emocional, se destaca la calidad, el servicio y la ubicación, como una fortaleza de este emprendimiento, debido a que este es el pilar de competencia y posicionamiento de mercado. La competencia ha desarrollado procesos índices

de ellos, pero no consolidados, he ahí donde se ha destacado la falencia en los índices y tasas del Departamento, por temas de disponibilidad y sobre todo por la promoción de este.

La UMIGUA, tendría la entrada al mercado a través de la calidad, la integralidad del servicio y la ubicación de este, aprovechando los segmentos y nichos de mercados.

4.4. Planeación estratégica

Se considera este punto vital, entre tanto, las estrategias de mercado generan el mayor flujo de ingresos a través del dinamismo de políticas ganadoras. Por ende, es importante fortalecer el equipo comercial dentro del talento humano de la entidad, que se encargue, además, de los clientes lógicos, de los emocionales. Para ello tenemos la siguiente composición del marketing del emprendimiento presentado en la Tabla 29.

Tabla 29 *Plan de Marketing UMIGUA.*

Marketing	
Servicios	Precio
Servicios para habilitar	Pricing convencional
PORTAFOLIO DE SERVICIOS	
PAGINA WEB	
REDES SOCIALES	
DEMANDA INDUCIDA EAPB	
Promoción	Distribución
Estrategia ALT Radio	Toda la atención se llevará a cabo en la IPS.
Estrategia ALT Internet	
Estrategia ALT Vallas publicitarias	
Estrategia BTL por la voz a voz	
Reuniones con empresas en los departamentos aledaños.	

Fuente: Elaboración propia

A través de la estrategia de pricing convencional basado en el valor agregado asociado a la calidad y la integralidad, se pretende atacar las fortalezas destacadas en el análisis competitivo, con ello ir ganando participación del mercado. Si bien, nuestros clientes lógicos toman decisiones basadas en el precio, el objetivo será realizar una primera intención, cooptar con atenciones de calidad e integralidad al cliente emocional, y superar las barreras de entradas a través del precio.

La distribución del servicio está destinada a prestarse en las instalaciones, en concordancia, con nuestra misión y visión de integralidad. Para los clientes emocionales, es importante la distribución en edificación y el valor agregado que este representa al encontrar toda la cadena de servicios necesarios para la atención oportuna. En ese orden de ideas, los canales de distribución estarían prestos en las instalaciones de la unidad integral.

▪ 4.4.1. Promoción

Las promociones se darán en el marco de medios convencionales y digitales. Una vez ya definidas los objetivos alineados a los valores, misión y visión de empresa, se definen los objetivos de marca y los objetivos de comunicación. Esto hará que el mensaje llegue lo más focalizado posible a las audiencias potenciales, caracterizada a través de una parrilla de contenidos desarrollados por expertos. Las reuniones institucionales, de igual manera, harán parte del plan de gestión comercial de la empresa, para la retroalimentación del mercado y la competencia.

Tabla 30 *Plancha de medios UMIGUA.*

Plancha de medios
Publicidad por radio
Publicidad en redes sociales, periódicos online, Influencers de la zona
Publicidad por vallas en zonas de entrada y salida de la ciudad
Publicidad voz a voz
Reuniones con EPS y sector empresarial para convenios con nuestra IPS.
Reuniones con Gobernador, Alcaldía y Secretaría de Salud

Fuente: Elaboración propia.

▪ 4.4.2. Publicidad

La publicidad tendrá sus estrategias de Pull and Push, de acuerdo con las particularidades del territorio (Tabla 31), y con el objetivo específico de llegar hasta los tres tipos de clientes que se tiene en este emprendimiento. Esto permitirá, la activación de la marca y la sostenibilidad del plan de medios continuo.

Tabla 31 *Estrategia de publicidad UMIGUA.*

Estrategia de Publicidad	
Pull	Push
Existe una mayor demanda de servicios en salud en Riohacha que oferta de productos. Por ende, la estrategia se enfocará primordialmente en PULL. Al haber culminado los 5 meses de publicidad, enfocaremos esfuerzos para mantener altos estándares de calidad, para crear una necesidad por parte del consumidor. Lo que generará que realicemos la prestación del servicio según la demanda de la población.	Faltando 2 meses para el inicio de operaciones, se establecerá la estrategia push para promoción de la IPS. Se realizarán anuncios en radio y en vallas publicitarias para informar al consumidor que se avecina una nueva modalidad de atención en salud basada en la integralidad del servicio. Posterior al lanzamiento, se realizará la promoción por 3 poco mercado de servicio de IPS y al haber una población estrategia PUSH. Se plantea esta finalización publicitaria, ya que, al haber meses más con posterior culminación de la pequeña en crecimiento, el conocimiento se difunde más rápido.

Fuente: Elaboración propia.

▪ 4.4.3. Presupuesto promocional

El presupuesto aprobado Del análisis financiero será distribuido como se muestra en la Tabla 32.

Tabla 32 *Distribución porcentual de presupuesto promocional.*

Media	% Inversión
Radio	60%
Internet	5%
Vallas publicitarias	5%
Reuniones con Empresas	15%
Medios sector	15%
	100%

Fuente: Elaboración propia.

Cabe resaltar que el equipo de expertos estará encargado de calcular los KPI, y de reevaluar en los casos pertinentes las estrategias de comunicación y activación de la marca, en el marco del dinamismo mediático que se vive en la actualidad.

▪ 4.4.4. Pronóstico de ventas

Para la Unidad Integral Materno Infantil de La Guajira (UMIGUA), la sección comercial tendrá un papel preponderante en el logro de la misión y visión de esta. Siempre en cabeza de la Gerencia, se pretenderá alcanzar los convenios que permitan realizar un trabajo hincado en los valores de la institución, pero que además tenga en cuenta los márgenes de ganancia bruta y neta, así como análisis precisos de tasa de sustitución marginal en los diferentes servicios a ofrecer; con el fin de descifrar puntos de equilibrios, que permitan contar con información en aras de conseguir objetivos financieros en los diferentes plazos.

Por la composición mixta de los actores en el sector salud, descritos anteriormente, las modalidades de contratos y convenios tienden a tener un dinamismo que responde a las realidades y perfiles epidemiológicos de la población a cargo de las entidades administradoras de recursos

del sistema. Sin embargo, el punto clave está sobre la Gestión del Riesgo Integral en Salud de los pacientes, desde la prevención hasta la atención logrando la recuperación efectiva de los mismos, eso buscan nuestros primeros clientes: las EAPB.

Para estos efectos, se diseñarán entonces desde la Gerencia paquetes de servicios que serán ofrecidos a los clientes potenciales, traducido en la utilización de servicios. Estaría entonces relacionado directamente con la capacidad instalada. No obstante, en consecuencia, a la demanda potencial que se tiene, se estimó que, para la contratación por capitación, la toma del mercado se acercaría al 5% de la población objeto (población afiliada en los grupos Materno – Infantil). En adición, el departamento de ventas, a través de la comercialización de paquetes a las EAPB, empresas privadas y ONG tendría sus propias metas para lograr el estimado del punto de equilibrio. Tal como describen las tablas 33 y 34 (se amplía en Anexo A). Con estos paquetes se pretender tomar una proporción de mercado a través de servicios de calidad e integrados de los grupos de atención de consulta externa, internación y quirúrgicos. De esta manera, se pueden crear tantos paquetes como sean necesarios que convenga a las partes, gracias a la integralidad de los servicios con la que contará la UMIGUA.

Para la construcción de estos paquetes, se utilizan instrumentos como los manuales tarifarios ISS 2001 (Instituto de Seguro Social) y SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito). Respecto al ISS 2001, se trabaja con la tarifa que este indique, más un porcentaje a convenir, y frente al SOAT, con un porcentaje que tiende a la baja. Por ende, será importante realizar ejercicios constantes de estructura de costos de los diferentes servicios que permitan

realizar ajustes a los contratos y convenios dado el caso que se haga necesario. (Consejo Directivo del Instituto de Seguros Sociales, 2001; *Resolución 2423 de 1996*)

Tabla 33 Paquetes guías quirúrgicos a ofertar.

PAQUETE GUIA		
PROCEDIMIENTO	INCLUYE	TARIFA
PARTO VAGINAL	Consulta de urgencia por medicina general y especializada, ecografía, ayudas diagnosticas, imageonologicas y de laboratorio, derecho de sala, materiales, honorarios de anesthesiologo, especialista, ayudantía, valoración por pediatría al recién nacido. Consulta pre anestésica, atención intrahospitalaria y estancia. Suministro de metodo anticonceptivo antes del alta hospitalario y protección contra el VIH/SIDA, Consejería en Lactancia Materna, Serología para Sifilis (Mujeres con sifilis gestacional), Vacunación (de acuerdo al esquema nacional vigente, Vacuna combinada contra tetano y difteria (Td), para el recién nacido: consulta de especialista, ayudas diagnosticas: TSH neonatal, sifilis, serología, hemoclasificación, profilaxis oftálmica con getamicina y aplicación de vitamina K. Vacunación (De acuerdo al esquema nacional vigente). Control para el recién nacido y la puerpera a los ocho días de realizado el procedimiento.	\$ 800.000
PARTO VAGINAL MAS POMEROY	Consulta de urgencia por medicina general y especializada, ecografía, ayudas diagnosticas, imageonologicas y de laboratorio, derecho de sala, materiales, honorarios de anesthesiologo, especialista, ayudantía, valoración por pediatría al recién nacido. Consulta pre anestésica, atención intrahospitalaria y estancia. Suministro de metodo anticonceptivo antes del alta hospitalario y protección contra el VIH/SIDA, Consejería en Lactancia Materna, Serología para Sifilis (Mujeres con sifilis gestacional), Vacunación (de acuerdo al esquema nacional vigente, Vacuna combinada contra tetano y difteria (Td), para el recién nacido: consulta de especialista, ayudas diagnosticas: TSH neonatal, sifilis, serología, hemoclasificación, profilaxis oftálmica con getamicina y aplicación de vitamina K. Vacunación (De acuerdo al esquema nacional vigente). Control para el recién nacido y la puerpera a los ocho días de realizado el procedimiento.	\$1.200.000
CESAREA	Consulta de urgencia por medicina general y especializada, ecografía, ayudas diagnosticas, imageonologicas y de laboratorio, derecho de sala, materiales, honorarios de anesthesiologo, especialista, ayudantía, valoración por pediatría al recién nacido. Consulta pre anestésica, atención intrahospitalaria y estancia. Suministro de metodo anticonceptivo antes del alta hospitalario y protección contra el VIH/SIDA, Consejería en Lactancia Materna, Serología para Sifilis (Mujeres con sifilis gestacional), Vacunación (de acuerdo al esquema nacional vigente, Vacuna combinada contra tetano y difteria (Td), para el recién nacido: consulta de especialista, ayudas diagnosticas: TSH neonatal, sifilis, serología, hemoclasificación, profilaxis oftálmica con getamicina y aplicación de vitamina K. Vacunación (De acuerdo al esquema nacional vigente). Control para el recién nacido y la puerpera a los ocho días de realizado el procedimiento.	\$1.500.000
HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL POR LAPAROSCOPIA Y LAPARATOMIA (ON O SIN REMOCIÓN DE TROMPA U OVARIOS	Atención inicial de urgencias, consulta de medicina especializada, ecografía, ayudas diagnosticas, imageonologicas y de laboratorio, derecho de sala, materiales, honorarios de anesthesiologo, especialista, ayudantía. Consulta pre anestésica, atención intrahospitalaria, y estancia. Control medico ambulatorio posterior al evento dentro de los 15 días siguientes.	\$1.800.000
CONIZACIÓN	Atención inicial de urgencias, consulta y tamizaje especializada, ecografía, ayudas diagnósticas, imageonológicas y de laboratorio, derecho de sala, materiales, honorarios de anesthesiologo, especialista, ayudantía. Consulta pre anestésica, atención intrahospitalaria y estancia. Control médico ambulatorio posterior al evento dentro de los 15 días siguientes.	\$ 500.000
MIOMECTOMÍA UTERINA Y ENCISIÓN DE TUMOR FIBROIDE (UNICO O MULTIPLE) POR LAPAROTOMIA	Atención inicial de urgencias, ecografía, ayudas diagnósticas, imageoneológicas y de laboratorio, derecho de sala, materiales, honorarios de anesthesiologo; especialista, ayudantía. Consulta pre-anestésica, atención intrahospitalaria y estancia. Control médico ambulatorio posterior al evento dentro de los 15 días siguientes.	\$1.250.000

Fuente: Elaboración propia a partir de ISS 2001 y SOAT (Consejo Directivo del Instituto de Seguros Sociales, 2001; *Resolución 2423 de 1996*).

Tabla 34 Paquetes guías consulta externa.

	CODIGO	ACTIVIDADES A REALIZAR POR PACIENTE	TARIFA
PAQUETE 2 (INGRESO HASTA LA SEMANA 13,6)	890250	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	\$ 36.067,00
	890201	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	\$ 25.017,00
	890205	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA	\$ 7.713,00
	890206	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	\$ 18.137,00
	890208	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR PSICOLOGÍA	\$ 17.094,00
	890209	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR TRABAJO SOCIAL	\$ 12.925,00
	906249	VIH	\$ 59.833,00
	890201	ASESORIA PRE Y POST TEST PARA VIH	\$ 50.035,00
	906127	IgG TOXOPLASMA	\$ 63.585,00
	906129	IgG TOXOPLASMA	\$ 63.585,00
	906915	PRUEBA RAPIDA PARA SIFILIS	\$ 11.049,00
	906317	HBsAg	\$ 75.260,00
	906241	IGG RUBEOLA ANTES DE LA SEMANA 16	\$ 57.540,00
	901235	UROCULTIVO	\$ 45.656,00
	881436	ULTRASONOGRAFÍA OBSTETRÍCA TRANSABDOMINAL (CON 10,6 SEMANAS A 13,6 SEMANAS DE GESTACIÓN). ECOGRAFIA OBSTETRICA CON TRANSLUCENCIA NUCAL.	\$ 80.750,00
TOTAL			\$ 624.246,00

Fuente: Elaboración propia a partir de ISS 2001 y SOAT (Consejo Directivo del Instituto de Seguros Sociales, 2001; *Resolución 2423 de 1996*)

Se establece entonces, un pronóstico de ventas por grupo de servicios, tomando en cuenta la capacidad instalada, el talento humano, los espacios, y estimando las proporciones en cuanto a poder de mercado frente a los competidores directos, con modalidades de contratación por paquetes, capitación, y facturación por eventos (Tablas 35, 36, 37 y 38).

Tabla 35 Pronóstico de ventas grupo internación.

11.4 GRUPO DE INTERNACIÓN			
q	Demanda x paquetes	Precios	Total Ventas Serv 1
2023	3000	\$ 600.000	\$ 1.800.000.000
2024	3150	\$ 630.000	\$ 1.984.500.000
2025	3308	\$ 661.500	\$ 2.187.911.250
2026	3473	\$ 694.575	\$ 2.412.172.153
2027	3647	\$ 729.304	\$ 2.659.419.799

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 36 Pronóstico de ventas grupo quirúrgico.

11.5 GRUPO QUIRÚRGICO			
q	Demanda x paquete	Precios	Total Ventas Serv 2
2023	12900	\$ 2.000.000	\$ 25.800.000.000
2024	13545	\$ 2.100.000	\$ 28.444.500.000
2025	14222	\$ 2.205.000	\$ 31.360.061.250
2026	14933	\$ 2.315.250	\$ 34.574.467.528
2027	15680	\$ 2.431.013	\$ 38.118.350.450

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 37 Pronóstico de ventas grupo consulta externa.

11.2 GRUPO CONSULTA EXTERNA			
q	Demanda x capita 7500 + Paquete	Precios	Total Ventas Serv 3
2023	15000	\$ 300.000	\$ 4.500.000.000
2024	15750	\$ 315.000	\$ 4.961.250.000
2025	16538	\$ 330.750	\$ 5.469.778.125
2026	17364	\$ 347.288	\$ 6.030.430.383
2027	18233	\$ 364.652	\$ 6.648.549.497

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 38 Pronóstico de ventas grupo atención inmediata.

11.6 GRUPO ATENCIÓN INMEDIATA			
q	Demanda x capita 7500 + Eventos	Precios	Total Ventas Serv 4
2023	15000	\$ 300.000	\$ 4.500.000.000
2024	15750	\$ 315.000	\$ 4.961.250.000
2025	16538	\$ 330.750	\$ 5.469.778.125
2026	17364	\$ 347.288	\$ 6.030.430.383
2027	18233	\$ 364.652	\$ 6.648.549.497

Fuente: Elaboración propia.

Con estos pronósticos de ventas por servicios, se obtiene el dinamismo, como pieza fundamental de la integralidad. Evidenciando en ellos, una proyección de demanda en base al estudio de mercado anteriormente desarrollado, y promedio de precios de mercados sujeto a los diferentes tipos de modalidades de contratación y convenios con los clientes potenciales. No obstante, cabe destacar que existen otras fuentes de ingresos como recursos de la Entidades Territoriales, Cooperación Internacional, sector privado (congresos, convenciones e intelecto), entre otras.

5. Plan de operaciones

– 5.1. Producción

La UMIGUA prestará servicios de salud en la ciudad de Riohacha, capital del departamento de La Guajira, Colombia. Serán servicios de mediana y alta complejidad, incluyendo procedimientos quirúrgicos mayores y menores. La población de interés para realizar la prestación de servicios será las pacientes gestantes, maternas y pediátricas. Para la atención de acuerdo con los grupos etarios de este proyecto, se toma como referencias las RIAS de la Secretaría de Salud Distrital de Bogotá (tablas 39, 40, 41, 42, 43 y 44). UMIGUA entonces ofrece un amplio rango de servicios que va desde la primera infancia, infancia, adolescencia, juventud y hasta la adultez, esto con miras de brindar un servicio integral y de continuidad a la población objetivo.

Tabla 39. *Intervenciones RIAS promoción y mantenimiento de la salud para niños y niñas de 29 días a 5 años.*

INTERVENCIONES RIAS PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 29 DÍAS A 5 AÑOS			
Actividad/Intervención	Actividad CUPS	Actividad REPS	Intervenciones Año
MENOR DE UN AÑO			
ATENCION EN SALUD POR PEDIATRIA, MEDICINA GENERAL O FAMILIAR	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PEDIATRÍA) 890202	342	1
ATENCION EN SALUD POR PEDIATRIA, MEDICINA GENERAL O FAMILIAR	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PEDIATRÍA) 890303	342	1
ATENCION EN SALUD POR PROFESIONAL DE ENFERMERIA Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, matriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERIA 890205	908	1
ATENCION EN SALUD POR PROFESIONAL DE ENFERMERIA Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, matriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA 890305	908	2
ATENCION EN SALUD BUCAL POR PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL 890203	334	1
ATENCION POR PROFESIONAL DE ENFERMERIA, MEDICINA GENERAL O NUTRICION PARA PROMOCION Y APOYO DE LA LACTANCIA MATERNA	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA 890305	908	1
ATENCION POR PROFESIONAL DE ENFERMERIA, MEDICINA GENERAL O NUTRICION PARA PROMOCION Y APOYO DE LA LACTANCIA MATERNA	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA 890305 CONSULTA CONTROL O SEGUIMIENTO NUTRICION	908	1
VACUNACIÓN	VACUNACION CONTRA TUBERCULOSIS [BCG] 933102 VACUNA CONTRA HEPATITIS B Antipolio 993501 Pentavalente 993130 Rotavirus 993512 Neumococo 993106	916	1
VACUNACIÓN	Antipolio 993501 Pentavalente 993130 Rotavirus 993512 Neumococo 993106	916	1
VACUNACIÓN	Antipolio 993501 Pentavalente 993130 Rotavirus 993512 Neumococo 993106	916	1
VACUNACIÓN	Antipolio 993501 Pentavalente 993130 Influenza 993510	916	1
DE 1 A 3 AÑOS			
ATENCION EN SALUD POR MEDICINA GENERAL O ESPECIALISTA EN PEDIATRIA O MEDICINA FAMILIAR Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, matriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PEDIATRÍA) 890303	342	1
ATENCION EN SALUD POR PROFESIONAL DE ENFERMERIA Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, matriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA 890305	909	1
CONSULTA EXTERNA/ POR ODONTOLOGIA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL 890203	334	2
APLICACIÓN DE SELLANTES	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO 997102	334	2
PROFILAXIS Y REMOCIÓN DE PLACA BACTERIANA	CONTROL DE PLACA DENTAL 997310	917	2
APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ 997106	917	2
VACUNACIÓN	Antipolio 993501 Triple viral 993522	916	1
VACUNACIÓN	Antipolio 993501 Antiamarílica 993504 Influenza 993510	916	1
4 A 5 AÑOS			
ATENCION EN SALUD POR PEDIATRIA, MEDICINA GENERAL O FAMILIAR	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PEDIATRÍA) 890303	342	1
ATENCION EN SALUD POR PROFESIONAL DE ENFERMERIA Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, matriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ENFERMERIA 890305	909	1
CONSULTA EXTERNA/ POR ODONTOLOGIA	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL 890303	334	2
APLICACIÓN DE SELLANTES	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO 997102	334	2
PROFILAXIS Y REMOCIÓN DE PLACA BACTERIANA	CONTROL DE PLACA DENTAL 997310	917	2
APLICACIÓN TÓPICA DE FLUOR	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ 997106	917	2
VACUNACIÓN	Antipolio 993501 triple viral 99522	916	1

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022e)

Tabla 40. Intervenciones RIAS promoción y mantenimiento de la salud para niños y niñas de 6 años a 11 años.

INTERVENCIONES RIAS PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS A 11 AÑOS. □			
Actividad/Intervención	Actividad CUPS	Actividad REPS	Intervenciones Año
ATENCION EN SALUD POR PEDIATRIA O MEDICINA FAMILIAR Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PEDIATRÍA) 890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA FAMILIAR 890263	342	1
ATENCION EN SALUD POR PEDIATRIA O MEDICINA FAMILIAR Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PEDIATRÍA) 890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA FAMILIAR 890263	342	1
ATENCION EN SALUD POR PEDIATRIA O MEDICINA FAMILIAR Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA (PEDIATRÍA) 890202 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA FAMILIAR 890263	342	1
TOMA DE MUESTRA DE LABORATORIO	Tamizaje para Anemia- Hemoglobina y Hematocrito. 902211-902213	706	1
CONSULTA MEDICINA GENERAL	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL- 890201	328	1
ATENCION EN SALUD POR MEDICO FAMILIAR O MEDICO GENERAL O PROFESIONAL DE ENFERMERIA Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA FAMILIAR 890263 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL 890201 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA 890205	909	1
ATENCION EN SALUD POR MEDICO FAMILIAR O MEDICO GENERAL O PROFESIONAL DE ENFERMERIA Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA FAMILIAR 890263 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL 890201 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA 890205	909	1
ATENCION EN SALUD POR MEDICO FAMILIAR O MEDICO GENERAL O PROFESIONAL DE ENFERMERIA Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA FAMILIAR 890263 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL 890201 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA 890205	910	1
ATENCION EN SALUD BUCAL POR PROFESIONAL DE ODONTOLOGIA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL 890203	334	2
APLICACIÓN DE SELLANTES	APLICACION DE SELLANTES DE FOTOCURADO 997102	334	2
PROFILAXIS Y REMOCION DE LA PLACA BACTERIANA	CONTROL DE PLACA DENTAL 997310	917	2
APLICACIÓN DE FLOUR EN FORMA TOPICA	TOPICACION DE FLUOR EN BARNIZ 997106	917	2
VACUNACIÓN	VPH 995200 Tétano 993107 Fiebre Amarilla 993504	916	2

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022c)

Tabla 41. Intervenciones RIAS promoción y mantenimiento de la salud - adolescencia (12 años a 17 años).

INTERVENCIONES RIAS PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD - ADOLESCENCIA (12 AÑOS A 17 AÑOS)			
Actividad/intervención	Actividad CUPS	Actividad REPS	Intervenciones Año
ATENCIÓN EN SALUD POR PEDIATRÍA, MEDICINA GENERAL O FAMILIAR Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (MEDICINA FAMILIAR O PEDIATRÍA) 890302	328	1
ATENCIÓN EN SALUD POR PEDIATRÍA, MEDICINA GENERAL O FAMILIAR Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (MEDICINA FAMILIAR O PEDIATRÍA) 890302	328	1
ATENCIÓN EN SALUD POR PEDIATRÍA, MEDICINA GENERAL O FAMILIAR Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (MEDICINA FAMILIAR O PEDIATRÍA) 890302	328	1
TOMA DE HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	Tamizaje para Anemia- Hemoglobina y Hematocrito. 902211-902213	706	0,5
AMBULATORIA- DETECCIÓN TEMPRANA	Prueba rápida treponémica 906039	706	1
AMBULATORIA- DETECCIÓN TEMPRANA	Prueba de embarazo. 9040508	706	1
CONSULTA MEDICINA GENERAL	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (MEDICINA FAMILIAR O PEDIATRÍA) 890302	328	1
ATENCIÓN EN SALUD POR PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA 890205	910	1
ATENCIÓN EN SALUD POR PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERÍA 890305	910	1
ATENCIÓN EN SALUD POR PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA 890205	910	1
ATENCIÓN EN SALUD BUCAL POR PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGÍA GENERAL 890203	334	2
APLICACIÓN DE SELLANTES	APLICACIÓN DE SELLANTES DE FOTOCURADO 997102	917	2
DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL 997301	917	2
PROFILAXIS Y REMOCIÓN DE LA PLACA BACTERIANA	CONTROL DE PLACA DENTAL 997310	917	2
APLICACIÓN DE FLUOR EN FORMA TOPICA	TOPICACIÓN DE FLUOR EN BARNIZ 997103 997106	917	2
ATENCIÓN EN SALUD POR MÉDICO GENERAL O ENFERMERA PARA ASESORIA EN ANTICONCEPCIÓN	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL 890301 O CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA 890205	328	1
ATENCIÓN EN SALUD POR MÉDICO GENERAL O ENFERMERA PARA ASESORIA EN ANTICONCEPCIÓN	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL 890301 O CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA 890205	328	1
PROCEDIMIENTO DE LIGADURA DE TROMPAS (POMEROY)	SECCIÓN O LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO [CIRUGÍA DE POMEROY] POR MINILAPAROTOMÍA SOD 663100	368	1
CONSULTA CONTROL POR ESPECIALISTA GINECOLOGO	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (GINECOLOGÍA) 890302	320	1
CONSULTA POR ESPECIALISTA - UROLOGO	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA (UROLOGÍA) 890202	355	1
PROCEDIMIENTO VASECTOMIA	VASECTOMÍA SOD 637300	215	1
CONSULTA DE CONTROL POR ESPECIALISTA - UROLOGO	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (UROLOGÍA) 890302	355	1
CONSULTA POR ENFERMERÍA	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERÍA 890305	910	1
CONTROL POR ENFERMERÍA	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERÍA 890305	910	1
VACUNACIÓN	VPH 995200 Tétano 993107 Fiebre Amarilla 993504	916	1

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022a)

Tabla 42. Intervenciones RIAS promoción y mantenimiento de la salud - juventud (18 años a 28 años).

INTERVENCIONES RIAS PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD - JUVENTUD (18 AÑOS A 28 AÑOS)			
Actividad/Intervención	Actividad CUPS	Actividad REPS	Intervenciones Año
Consulta de primera vez. Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL 890201	328	1
Consulta de primera vez. Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL 890301	328	1
Toma de hemoglobina y hematocrito	Tamizaje para Anemia- Hemoglobina y Hematocrito. 902211-902213	706	0,2
Tamizaje de riesgo cardiovascular: perfil lipídico, creatinina, uroanálisis a población a riesgo	Tamizaje de riesgo cardiovascular: perfil lipídico, creatinina, uroanálisis 907106	706	0,2
Tamizaje de riesgo cardiovascular: perfil lipídico, creatinina, uroanálisis a población a riesgo	Tamizaje de riesgo cardiovascular: perfil lipídico, creatinina, uroanálisis 903895	706	0,2
Tamizaje de riesgo cardiovascular: perfil lipídico, creatinina, uroanálisis a población a riesgo	Tamizaje de riesgo cardiovascular: perfil lipídico, creatinina, uroanálisis 903841	706	0,2
Tamizaje de riesgo cardiovascular: perfil lipídico, creatinina, uroanálisis a población a riesgo	Triglicéridos 903868 Colesterol Total 903818 HDL Colesterol 903815 LDL Colesterol 903816	706	0,2
Consulta de control Medicina general.	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL 890301	328	0,2
Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA 890205	910	1
Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERÍA 890305	910	1
Valorar el crecimiento y desarrollo (físico, motriz, cognitivo y socioemocional)	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERÍA 890305	910	1
Toma de Citología mujeres de 25 a 28 años	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO 892901 TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO 892901	913	1
Valorar la salud bucal	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL 890203 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL 890203	334	2
Profilaxis y remoción de placa bacteriana	CONTROL DE PLACA DENTAL 997310 CONTROL DE PLACA DENTAL 997310	917	2
Detartraje supragingival	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL 997301 DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL 997301	917	2

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022d)

Tabla 43. Otras Intervenciones RIAS promoción y mantenimiento de la salud - juventud (18 años a 28 años).

INTERVENCIONES RIAS PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD - JUVENTUD (18 AÑOS A 28 AÑOS)			
Actividad/Intervención	Actividad CUPS	Actividad REPS	Intervenciones Año
Atención en salud por médico general para asesoría en anticoncepción	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL 890301 CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL 890301 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA 890205	328	1
Ambulatoria- detección temprana	Hemoglobina y Hematocrito. 902211-902213	706	1
Ambulatoria- detección temprana	Prueba de embarazo. 9040508	706	1
Ambulatoria- detección temprana	Hemoglobina y Hematocrito. 902211-902213	706	1
Ambulatoria- detección temprana	Prueba de embarazo. 9040508	706	1
Procedimiento de ligadura de trompas (Pomeroy)	SECCION O LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO [CIRUGIA DE POMEROY] POR MINILAPAROTOMIA SOD 663100SECCION O LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO [CIRUGIA DE POMEROY] POR MINILAPAROTOMIA SOD 663100	368	1
Procedimiento de ligadura de trompas (Pomeroy)	SECCION O LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO [CIRUGIA DE POMEROY] POR MINILAPAROTOMIA SOD 663100SECCION O LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO [CIRUGIA DE POMEROY] POR MINILAPAROTOMIA SOD 663100	368	1
Consulta control por especialista ginecólogo	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (GINECOLOGÍA) 890302 CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (GINECOLOGÍA) 890302	320	1
Consulta control por especialista ginecólogo	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (GINECOLOGÍA) 890302 CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (GINECOLOGÍA) 890302	320	1
Consulta por enfermería para inserción del DIU e implantes	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERÍA 890305CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERÍA 890305	910	1
Consulta por enfermería para inserción del DIU e implantes	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERÍA 890305CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERÍA 890305	910	1
Control por enfermería por inserción de DIU e implantes	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERÍA 890305	910	1
Control por enfermería por inserción de DIU e implantes	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERÍA 890305	910	1
Procedimiento vasectomía	VASECTOMIA SOD 637300	215	1
Procedimiento vasectomía	VASECTOMIA SOD 637300	215	1
Consulta de control por especialista - urólogo	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (UROLOGÍA) 890302	355	1
Consulta de control por especialista - urólogo	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (UROLOGÍA) 890302	355	1
Vacunación	VACUNACIÓN VPH 995200	916	0,3
Vacunación	Vacunación Tétanos 993107	916	0,5
Vacunación	Vacuna Fiebre amarilla 993504	916	0,1

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022d)

Tabla 44. Intervenciones RIAS promoción y mantenimiento de la salud - adultos de 29 años a 59 años.

INTERVENCIONES RIAS PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD - ADULTOS DE 29 AÑOS A 59 AÑOS.			
Actividad/Intervención	Actividad CUPS	Actividad REPS	Intervenciones Año
Atención en salud por medicina general o medicina familiar	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL ASISTIDO POR MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR 890201	328	0,2
Atención en salud por medicina general o medicina familiar	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL ASISTIDO POR MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR 890201	328	0,2
Toma de Hematocrito y Hemoglobina	Hemoglobina y Hematocrito. 902211-902213	706	0,2
Tamizaje de riesgo cardiovascular: perfil lipídico, creatinina, uroanálisis a población a riesgo	Tamizaje de riesgo cardiovascular: perfil lipídico, creatinina, uroanálisis 907106	706	0,2
Tamizaje de riesgo cardiovascular: perfil lipídico, creatinina, uroanálisis a población a riesgo	Tamizaje de riesgo cardiovascular: perfil lipídico, creatinina, uroanálisis 903895	706	0,2
Tamizaje de riesgo cardiovascular: perfil lipídico, creatinina, uroanálisis a población a riesgo	Tamizaje de riesgo cardiovascular: perfil lipídico, creatinina, uroanálisis 903841	706	0,2
Tamizaje de riesgo cardiovascular: perfil lipídico, creatinina, glicemia uroanálisis a población a riesgo	Triglicéridos 903868 Colesterol Total 903818 HDL Colesterol 903815 LDL Colesterol 903816	706	0,2
Tamizaje para cáncer de mama (mamografía)	MAMOGRAFIA BILATERAL 876802	710	0,5
Lectura por especialista (mamografía)	MAMOGRAFIA BILATERAL 876802	710	0,5
Tamizaje para cáncer de próstata (PSA)	ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO 906610	706	0,5
Tamizaje para cáncer de Colon	SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL [GUAYACO O EQUIVALENTE] 907008	706	0,5
Tamizaje para cáncer de Colon	COLONOSCOPIA TOTAL 452301	377	0,5
Consulta de control Medicina general.	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL ASISTIDA POR MEDICINA FAMILIAR 890301	328	0,2
Consulta de enfermería pruebas tamización CA cérvix	TOMA NO QUIRURGICA DE MUESTRA O TEJIDO VAGINAL PARA ESTUDIO CITOLOGICO 892901	913	0,2
Consulta de enfermería pruebas tamización CA cérvix y CA de mama	CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERÍA 890305	912	0,2
Valorar la salud bucal	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ODONTOLOGIA GENERAL 890203	334	0,5
Profilaxis y remoción de placa bacteriana	CONTROL DE PLACA DENTAL 997310	917	0,5
Detartraje supragingival	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL 997301	917	0,5
Atención en salud por medicina general, familiar o enfermería para la asesaría en anticoncepción.	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL 890301	328	0,033
Ambulatoria- defección temprana	Hemoglobina y Hematocrito. 902211-902213	706	0,033
Ambulatoria- defección temprana	Prueba de embarazo. 9040508	706	0,033
Procedimiento de ligadura de trompas (Pomeroy)	SECCION O LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO [CIRUGIA DE POMEROY] POR MINILAPAROTOMIA SOD 663100	368	1
Consulta control por especialista ginecólogo	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (GINECOLOGÍA) 890302	320	1
Consulta por especialista - urólogo	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA GENERAL 890301	355	1
Procedimiento vasectomía	VASECTOMIA SOD 637300	215	1
Consulta de control por especialista - urólogo	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA ESPECIALIZADA (UROLOGÍA) 890302	355	1
Vacunación	Vacunación Tétanos 993107	916	5
Vacunación	Vacuna Fiebre amarilla 993504	916	1

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022b)

Ofreceremos inicialmente el servicio de ingreso a urgencias. Esta zona se encuentra ubicada en el primer piso de la UMIGUA, conformada por dos Triage a cargo de enfermería, seis

consultorios de medicina general, una sala de procedimientos y una sala de reanimación responsabilidad de medicina general, dos salas de observación y una sala de inyectología. Posterior a la valoración de ingreso y definición sobre la estadía o egreso hospitalario, se enviará a los pacientes a las respectivas áreas dependiendo de su requerimiento de proceso institucional.

En el segundo piso se alojará la Unidad de Cuidado Intensivo/Crítico (UCI), cuya distribución es: UCI Pediátrica con seis camas de atención; UCI Neonatal con cuatro camas de atención; y UCI General para Adultos, la cual tendría seis camas de atención.

Mientras que en el tercer piso de UMIGUA, encontramos la zona quirúrgica. Esta área contaría con tres salas de cirugía, divididas en dos salas de cirugía obstétrica y/o general, y una sala de procedimientos menores.

El cuarto piso, por su parte, albergará el área de Hospitalización Ginecobstetricia, cuya capacidad es dieciséis camas. Por último, el piso número cinco estará conformado por el área de Hospitalización Pediátrica, también con de dieciséis camas de atención.

- 5.2. Localización

La Unidad Materno Infantil de La Guajira estará localizada sobre la Transversal 1 # Diagonal 0 – 181, barrio El Patrón (La Chinita), Km 3 vía Riohacha – Maicao, La Guajira. Tendrá como principal vía de acceso, la carretera Troncal del Caribe.

Para realización de la infraestructura de la Unidad, así como del debido establecimiento de su localización, se llevan a cabo estudios previos (Anexo B) de distinta índole (titularidad, topográficos, servicios públicos, avalúo, etc.) para corroborar la factibilidad del proyecto. Luego

de esto, se da paso a toda la Reglamentación Urbana, tramitada ante la Alcaldía de Riohacha, La Guajira (Anexo C) y el respectivo estudio de suelos (Anexo D). Todo lo anterior, se tiene como base esencial para la hechura del Programa Médico Arquitectónico de la Unidad Materno Infantil de La Guajira (Anexo E), el cual se rige por lo estipulado en la Resolución 4445 de 1996, donde se dictan las normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares. (*Resolución 4445 de 1996*)

– 5.3. Entorno legal

De acuerdo con el Sistema Nacional de Habilitación, actualizado en la Resolución 1317 de 2021, se establecen las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021)

En el marco de la Resolución 3100, se debe cumplir dos grandes requisitos: el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, y condiciones de habilitación. (*Resolución 3100 de 2019*)

El REPS es el primer punto que debe llevar a cabo dentro de la constitución de un prestador. En este registro se describiría el portafolio de servicios establecidos, además de realizar la autoevaluación de las condiciones de habilitación. Los datos consignados, ya sea por primera vez o actualización, deberá estar publicada en la página web de la Secretaría de Salud de La Guajira y esta deberá autorizar la expedición de la habilitación de nuestra institución de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019, en donde se describen las condiciones de habilitación de los servicios

de salud. Se establecen los procedimientos y las condiciones tanto de la inscripción como de la habilitación de los prestadores de servicios de salud. (*Resolución 3100 de 2019*)

Los servicios que se registran deben incluir su complejidad, modalidad y capacidad instalada. En el Capítulo II de la *Resolución 3100 de 2019* se contemplan la autoevaluación e inscripción en el REPS, definidas así:

- Determinar el servicio o los servicios a habilitar, de acuerdo con el REPS, incluyendo la complejidad y tipo de modalidad en la que va a prestar cada servicio.
- Realizar la autoevaluación y la posterior declaración en el REPS.
- Ingresar al enlace del formulario de inscripción disponible en el aplicativo del REPS publicado en la página web de la entidad departamental o distrital de salud correspondiente, diligenciar la información allí solicitada y proceder a su impresión.
- Radicar el formulario de inscripción ante la entidad departamental o distrital de salud respectiva y los demás soportes definidos en el manual de inscripción de prestadores de servicios de salud y habilitación de servicios de salud. (pp. 3–4)

Las condiciones de habilitación son tres en esencia, las cuales toman su forma y requisitos según la naturaleza en que sea constituida la empresa. Muestra de ello, la primera condición, Capacidad Técnico-Administrativa, que para el caso de UMIGUA, cuya forma jurídica será la de una Sociedad por Acciones Simplificadas, debe ceñirse a la presentación del siguiente documento para probar su existencia y representación legal: “Certificado de existencia y representación legal vigente de la persona jurídica expedido por la Cámara de Comercio” (*Resolución 3100 de 2019*,

p. 32). Solo se comparecería el anterior documento, debido a que no se tendrán en la inmediatez del florecer del proyecto, sedes, agencias y/o sucursales.

Adicionalmente, se contará con un sistema contable, de acuerdo con el plan de cuentas en aplicación del nuevo marco de las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF), donde se deben tener los siguientes documentos:

- Certificado de Existencia y Representación Legal vigente.
- Fotocopia del RUT.
- Estados financieros de constitución o de periodos intermedios o de cierre de vigencia: certificados o dictaminados cuando aplique.
- Certificado de cuenta bancaria cuyo titular sea la IPS.
- Libros oficiales registrados ante el ente correspondiente, cuando aplique.

(Resolución 3100 de 2019, pp. 32–33)

Luego de ello, la segunda condición es la Suficiencia Patrimonial y Financiera, donde se deben adjuntar los estados financieros certificados por el revisor fiscal o el contador, para evidenciar dicha suficiencia. Para la inscripción del REPS, se tomará como base los estados financieros de períodos menores al año en curso del registro. En cuanto al patrimonio se establece lo siguiente:

Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo con la naturaleza jurídica de la Institución Prestadora de Servicios de Salud y de conformidad con los

lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas. El valor resultante de la operación entre el patrimonio total sobre el capital por 100, deberá ser superior al 50%. Para la entidad privada, el capital social, código 31, del plan de cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas. (*Resolución 3100 de 2019*, pp. 33–34)

Para finalizar, se tiene la tercera condición: Capacidad Tecnológica y Científica. Esta consta de siete estándares para la habilitación de servicios de salud:

- Talento Humano.
- Infraestructura.
- Dotación.
- Medicamentos, dispositivos médicos e insumos.
- Procesos prioritarios.
- Historia clínica y registros.
- Interdependencia. (*Resolución 3100 de 2019*, p. 35)

– 5.4. Personal

Teniendo en cuenta que el talento humano debe ser calificado y direccionado a la población a la cual se quiere atender, con obligatoria inscripción en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS), y acorde con uno de los valores fundamentales de la institución: humanización; se pretenderá obtener el mejor personal a nivel operativo, con suficiencia acorde con la capacidad instalada al flujo de demanda potencial. En la tabla 45 (ampliado en Anexo F), se observa el número de personal operativo-asistencial por cada grupo de servicio, entre médicos

especialistas, médicos generales, enfermeras, auxiliares de enfermería, camilleros, urgenciólogos, entre otros.

Tabla 45 *Relación mano de obra operativa.*

Servicio	Cantidad de personal por grupo	Vr mes	Dedicación	Factor Prestacional	Total mensual
11.4 GRUPO INTERNACIÓN	59	\$128.200.000	192	1,55	\$198.710.000
11.5 GRUPO QUIRÚRGICO	45	\$217.400.000	192	1,55	\$336.970.000
11.2. GRUPO CONSULTA EXTERNA	62	\$188.580.000	192	1,55	\$292.299.000
11.6 GRUPO ATENCIÓN INMEDIATA	26	\$ 80.820.000	192	1,55	\$125.271.000
Total mensual					\$953.250.000

Fuente: Elaboración propia.

Cabe destacar que, para la mano de obra administrativa, se calculó una cantidad aproximada de 85.000.000 COP mensuales entre netamente administrativos, servicios generales y vigilancia.

– 5.5. Inventarios

Frente a los inventarios se estima una inversión de 7.890.000 COP, de acuerdo con la tabla 46 (ampliado en Anexo G); dotación necesaria para la prestación de servicios con efectividad y eficacia de la institución. Resulta importante mencionar que dentro del plan financiero se encuentra esta inversión más la suma de 15.000.000.000 COP adicionales, que tienen como explicación (concepto) la estructura y funcionamiento de la planta de gases medicinales. Se establece este aproximado, como consecuencia de que los datos precisos serán conocidos una vez se superen los estudios nivel estructural de los diferentes planos eléctricos, hidrosanitarios, comunicación, ventilación, red de extinción de incendios y aires acondicionados.

Tabla 46. *Inventario de dotación obligatoria de habilitación.*

EQUIPOS	UNIDADES	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Ambú	25	\$ 280.000	\$ 7.000.000
Analizador de gases anestésicos	3	\$ 22.500.000	\$ 67.500.000
Aspirador o sistema de succión	5	\$ 4.000.000	\$ 20.000.000
Báscula	12	\$ 2.000.000	\$ 24.000.000
Báscula para bebé	4	\$ 2.600.000	\$ 10.400.000
Bomba de infusión	75	\$ 7.000.000	\$ 525.000.000
Cajas de transporte y termos portavacunas	7	\$ 340.000	\$ 2.380.000
Cama hospitalaria de dos o tres planos	24	\$ 20.000.000	\$ 480.000.000
Cama hospitalaria para atención de partos	2	\$ 30.000.000	\$ 60.000.000
Camas hospitalarias	48	\$ 11.000.000	\$ 528.000.000
Camilla (barandas, ruedas y frenos)	40	\$ 7.500.000	\$ 300.000.000
Camilla con estribos	10	\$ 7.500.000	\$ 75.000.000
Camilla fija	12	\$ 1.200.000	\$ 14.400.000
Carro de paro (completo)	14	\$ 17.500.000	\$ 245.000.000
Cinta métrica	17	\$ 35.000	\$ 595.000
Congelador para alistamiento de vacunación	1	\$ 17.000.000	\$ 17.000.000
Cuna	4	\$ 30.000.000	\$ 120.000.000
Doppler fetal	1	\$ 600.000	\$ 600.000
Ecógrafo	2	\$ 65.000.000	\$ 130.000.000
Electrobisturí	3	\$ 20.300.000	\$ 60.900.000
Electrocardiógrafo	10	\$ 4.100.000	\$ 41.000.000
Elementos para sujeción física	6	\$ 200.000	\$ 1.200.000
Equipo de amniocentesis	1	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000
Equipo de atención de partos	6	\$ 1.000.000	\$ 6.000.000
Equipo de cricotiroidotomía percutánea	1	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000
Equipo de episiotomía y episiorrafia	2	\$ 1.000.000	\$ 2.000.000
Equipo de gases arteriales	2	\$ 90.000.000	\$ 180.000.000
Equipo de intubación retrógrada	1	\$ 280.000	\$ 280.000
Equipo de órganos	18	\$ 850.000	\$ 15.300.000
Equipo de pequeñas cirugías	2	\$ 1.200.000	\$ 2.400.000
Equipo de toracostomía	6	\$ 800.000	\$ 4.800.000
Escalera de dos pasos	12	\$ 70.000	\$ 840.000
Espéculos vaginales	4	\$ 85.000	\$ 340.000
Estación de monitoreo	6	\$ 9.500.000	\$ 57.000.000
Estilete de intubación	1	\$ 50.000	\$ 50.000
Estimulador de nervio periférico	1	\$ 3.000.000	\$ 3.000.000
Flujómetro	8	\$ 500.000	\$ 4.000.000
Fonendoscopio	60	\$ 40.000	\$ 2.400.000
Generador de marcapasos	3	\$ 24.000.000	\$ 72.000.000
Glucometro	10	\$ 60.000	\$ 600.000
Incubadora abierta o de calor radiante	4	\$ 45.000.000	\$ 180.000.000
Incubadora cerrada	8	\$ 45.000.000	\$ 360.000.000
Incubadora de transporte	4	\$ 38.000.000	\$ 152.000.000
Infantometro	4	\$ 600.000	\$ 2.400.000
Instrumental gineco-obstétrico	6	\$ 1.600.000	\$ 9.600.000
Lámpara de fototerapia	4	\$ 15.000.000	\$ 60.000.000
Lámpara o fuente de iluminación móvil	2	\$ 10.700.000	\$ 21.400.000
Lámpara pleltica o cieltica	2	\$ 9.000.000	\$ 18.000.000
Lámpara quirúrgica	4	\$ 25.000.000	\$ 100.000.000
Laringoscopio	3	\$ 1.400.000	\$ 4.200.000
Maquina de anestesia	3	\$ 80.500.000	\$ 241.500.000
Martillo de reflejos	15	\$ 15.000	\$ 225.000
Mascara laríngea	1	\$ 150.000	\$ 150.000
Mesa auxiliar rodante	1	\$ 120.000	\$ 120.000
Mesa instrumental quirúrgica	4	\$ 1.200.000	\$ 4.800.000
Mesa para atención de partos	2	\$ 9.000.000	\$ 18.000.000
Mesa quirúrgica	3	\$ 30.000.000	\$ 90.000.000
Monitor de gasto cardiaco	1	\$ 150.000.000	\$ 150.000.000
Monitor fetal	2	\$ 15.500.000	\$ 31.000.000
Monitor multiparámetros	60	\$ 10.000.000	\$ 600.000.000
Monitor multiparámetros de transporte	3	\$ 10.000.000	\$ 30.000.000
Nebulizador	6	\$ 180.000	\$ 1.080.000
Oxígeno medicinal portátil	4	\$ 900.000	\$ 3.600.000
Oxímetro con sensor neonatal	2	\$ 160.000	\$ 320.000
Pesa pañales	2	\$ 190.000	\$ 380.000
Rayos X portátil	3	\$ 250.000.000	\$ 750.000.000
Refrigerador precalificado para almacenamiento de vacunas	2	\$ 17.000.000	\$ 34.000.000
Silla de ruedas	5	\$ 250.000	\$ 1.250.000
Silla para acompañante	8	\$ 450.000	\$ 3.600.000
Sistema de calentamiento de líquidos y sangre	1	\$ 59.000.000	\$ 59.000.000
Sistema de infusión rápida de líquidos	1	\$ 5.000.000	\$ 5.000.000
Talímetro	15	\$ 50.000	\$ 750.000
Tensiómetro	30	\$ 120.000	\$ 3.600.000
Termómetro	15	\$ 10.000	\$ 150.000
Tubos endotraqueales	1	\$ 70.000	\$ 70.000
UPS	1	\$ 10.000.000	\$ 10.000.000
Ventilador de transporte	4	\$ 45.000.000	\$ 180.000.000
Ventiladores mecánicos	14	\$ 90.000.000	\$ 1.260.000.000
TOTAL DOTACIÓN			\$ 7.477.180.000

Fuente: Elaboración propia.

6. Gestión y organización

En nuestro organigrama (Figura 20) se representan los responsables de cada uno de los procesos para obtener la dinámica organizacional al interior de la institución. En cada una de estas aristas deben estar personas con capacidad de liderazgo de procesos y un manual de procesos y procedimientos que instruyan si se da una rotación de personal. La autogestión de las diferentes dependencias será evaluada en la junta directiva quien tomará las decisiones con robustez y seguridad del dato.

Figura 20. Organigrama Unidad Materno Infantil de La Guajira (UMIGUA).



Fuente: Elaboración propia.

Se realizará reuniones de la Junta Directiva una vez al mes, en la cual la Gerencia junto con sus directores de dependencias deberán rendir informes, proponer soluciones y gestionar cambios con mira a la mejora internas y externas de la entidad. Al finalizar el año se debe realizar el informe de gestión institucional, con miras establecer cuentas transparentes y posible captación de nuevos socios.

7. Gastos de inicio y capitalización

En gastos de inicio se plantean los de obra civil, dotación y nómina general de los primeros 6 meses, divididos entre la inversión propia y financiamiento, mediante el apalancamiento en el sector bancario (Anexo H).

La obra civil, se presupuestó de acuerdo con las dimensiones del terreno, el Arquitecto Carlos Quintero, refiere que la inversión alcanzaría los 5.584.000.000 COP, tomando en cuenta el plano medico arquitectónico existente (Tabla 47).

Tabla 47. Presupuesto obra civil.

PRESUPUESTO DE OBRA UNIDAD INTEGRAL MATERNO INFANTIL		
ITEM	DESCRIPCION	VALOR ACTIVIDAD
1	PRELIMINARES	\$ 53.296.000
2	MOVIMIENTO DE TIERRAS	\$ 109.893.770
3	ESTRUCTURA EN CONCRETO	\$ 1.045.577.070
4	ESTRUCTURA METALICA	\$ 203.756.210
5	MAMPOSTERIA	\$ 517.405.984
6	PISOS, ENCHAPES Y APARATOS SANITARIOS	\$ 435.986.758
7	ACABADOS SOBRE MURO, CIELO RASO Y PINTURA SOBRE MURO	\$ 238.249.747
8	CARPINTERIA MADERA	\$ 343.180.000
9	CARPINTERIA METALICA Y VIDRIOS	\$ 80.700.000
10	INSTALACIONES ELECTRICAS	\$ 320.940.563
11	INSTALACIONES HIDROSANITARIAS	\$ 74.557.230
12	INSTALACIONES ESPECIALES	\$ 1.171.743.090
TOTAL COSTO DIRECTO		\$ 4.595.286.422
ADMINISTRACION		12%
		\$ 551.434.371
UTILIDAD		8%
		\$ 367.622.914
IVA SOBRE UTILIDAD		19%
		\$ 69.848.354
TOTAL COSTO DIRECTO		\$ 5.584.192.060

Fuente: Quintero, 2021.

Los parámetros generales consultados a través de los medios oficiales del país, con el fin de realizar proyecciones aterrizadas a la realidad económica se encuentran descritas en la tabla 48.

Tabla 48. *Parámetros económicos.*

Proyecto	Unidad Integral Materno Infantil de La Guajira	
Datos Generales	Año Base (2021)	Parametro
Inflación	5%	Anual
Devaluación	8,91%	Anual
Tasa de cambio	\$ 3.371	COP
Impuestos	33%	
Oportunidad	8%	Buscar Razón
Vida útil proyecto	5	Anual
Período de gracia	1	Año

Fuente: Elaboración propia.

En ese sentido entonces, la inversión inicial se aproximaría a los 37.116.000.000 COP (Tabla 49), con una composición de 20% de recursos propios aportados por los socios a la SAS, y un 80% apalancado en el sector bancario en un periodo de 5 años (Tabla 50); escenario que dejaría expedita la búsqueda del equilibrio, por medio de las proyecciones de ingreso y egresos.

Tabla 49. *Datos inversión inicial.*

Datos de Inversión	\$ 37.116.256.530
Terrenos	0
Construcción y equipamiento	\$ 5.584.192.060
Dotación	\$ 22.890.180.000
Nomina 6 meses	\$ 8.641.884.470

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 50. *Montos de financiamiento*

Montos de financiamiento	
Propio	20%
Terceros	80%
Costo de Capital (Anual)	20%
Períodos	5
Amortizaciones	\$ 7.423.251.306

Fuente: Elaboración propia.

8. Plan financiero

En la presentación de este plan financiero, se permite en primera instancia complementar los egresos operativos y administrativos del proyecto (Tablas 51 y 52), acorde a los precios de mercados consultados, asimismo a una política de dinamismo gerencial, como se mencionaba con anterioridad.

Tabla 51. Egresos operativos

Egresos del proyecto						
Operación						
n	Insumos	Materiales	MODIRECTA	Logísticos	Mantenimiento	Total
0						\$ -
1	\$ 1.000.000.000	\$ 300.000.000	\$ 11.439.000.000	\$ 300.000.000	\$ 600.000.000	\$ 13.639.000.001
2	\$ 1.050.000.000	\$ 315.000.000	\$ 12.010.950.000	\$ 315.000.000	\$ 630.000.000	\$ 14.320.950.000
3	\$ 1.102.500.000	\$ 330.750.000	\$ 12.611.497.500	\$ 330.750.000	\$ 661.500.000	\$ 15.036.997.500
4	\$ 1.157.625.000	\$ 347.287.500	\$ 13.242.072.375	\$ 347.287.500	\$ 694.575.000	\$ 15.788.847.375
5	\$ 1.215.506.250	\$ 364.651.875	\$ 13.904.175.994	\$ 364.651.875	\$ 729.303.750	\$ 16.578.289.744

Fuente: Elaboración propia.

Los insumos representan todo aquello que se necesita para la prestación de servicios, mientras que los materiales se hacen necesarios para complementación administrativa. En logísticos, se contemplan movimiento de insumos y materiales necesarios por contingencia de la atención. Finalmente, el mantenimiento dispuesto para los diferentes equipos biomédicos e industriales, y la mano de obra directa, explicada con antelación en el capítulo 5, más específicamente en el numeral 5.4. Personal.

Tabla 52. Egresos del proyecto

Egresos del proyecto											
Administrativo											
n	Servicios Públicos	Serv Vr Agregado	Cafetería	Vigilancia	Monitoreo	Arriendos	MO	Serv Generales	Útiles de oficina	Seguros	Total
0											\$ -
1	\$ 24.000.000	\$ 50.000.000	\$ -	\$ 150.000.000	\$ 9.600.000	-	\$ 639.168.941	\$ 96.000.000	\$ 36.000.000	\$ 3.711.625.653	\$ 4.716.394.594
2	\$ 25.200.000	\$ 52.500.000	\$ -	\$ 157.500.000	\$ 10.080.000	-	\$ 671.127.388	\$ 100.800.000	\$ 37.800.000	\$ 3.897.206.936	\$ 4.952.214.324
3	\$ 26.460.000	\$ 55.125.000	\$ -	\$ 165.375.000	\$ 10.584.000	-	\$ 704.683.757	\$ 105.840.000	\$ 39.690.000	\$ 4.092.067.282	\$ 5.199.825.040
4	\$ 27.783.000	\$ 57.881.250	\$ -	\$ 173.643.750	\$ 11.113.200	-	\$ 739.917.945	\$ 111.132.000	\$ 41.674.500	\$ 4.296.670.647	\$ 5.459.816.292
5	\$ 29.172.150	\$ 60.775.313	\$ -	\$ 182.325.938	\$ 11.668.860	-	\$ 776.913.842	\$ 116.688.600	\$ 43.758.225	\$ 4.511.504.179	\$ 5.732.807.106

Fuente: Elaboración propia.

Frente a la composición de egresos administrativos, se consideran los servicios públicos, servicios de valor agregado como licencias, softwares, herramientas tecnológicas, vigilancia y monitoreo, la mano obra administrativa, servicios generales, útiles de oficina y seguros dispuestos para los equipos, edificios e insumos como, por ejemplo, la cadena de frío de las vacunas.

Yendo de los egresos a los costos generados por ventas (Tabla 53), se vislumbran comisiones y regalos, traducidos en incentivos dirigidos a los colaboradores y, aliados internos y externos, que permiten la buena prestación del servicio. Por su parte, la comercialización responde al plan de medios.

Tabla 53. Costos por ventas.

Costo por ventas				
n	Comisiones	Regalos	Comercialización	Total
0				\$ -
1	\$ 732.000.000	\$ 600.000	\$ 30.000.000	\$ 762.600.000
2	\$ 768.600.000	\$ 630.000	\$ 31.500.000	\$ 800.730.000
3	\$ 807.030.000	\$ 661.500	\$ 33.075.000	\$ 840.766.500
4	\$ 847.381.500	\$ 694.575	\$ 34.728.750	\$ 882.804.825
5	\$ 889.750.575	\$ 729.304	\$ 36.465.188	\$ 926.945.066

Fuente: Elaboración propia.

Compilando todas estas proyecciones, se presenta el flujo de caja con periodo a 5 años (Tabla 54), haciendo caso a los diferentes valores, antes y después de impuestos, con la finalidad concreta de diferenciar las ganancias objeto de esta.

Tabla 54. Proyección flujo de caja.

Descripción	Período 0	Período 1	Período 2	Período 3	Período 4	Período 5
INGRESOS POR VENTAS	\$ -	\$ 36.600.000.000	\$ 40.351.500.000	\$ 44.487.528.750	\$ 49.047.500.447	\$ 54.074.869.243
COSTOS DE PRODUCCIÓN	\$ -	\$ 19.333.874.412	\$ 27.439.075.718	\$ 28.155.123.218	\$ 28.906.973.093	\$ 29.696.415.462
COSTOS FIJOS	\$ -	\$ 18.333.874.412	\$ 26.389.075.718	\$ 27.052.623.218	\$ 27.749.348.093	\$ 28.480.909.212
Amortización de diferidos	\$ -	\$ -	\$ 7.423.251.306	\$ 7.423.251.306	\$ 7.423.251.306	\$ 7.423.251.306
Arriendos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Depreciación	\$ -	\$ 5.694.874.412	\$ 5.694.874.412	\$ 5.694.874.412	\$ 5.694.874.412	\$ 5.694.874.412
Mano de obra	\$ -	\$ 11.439.000.000	\$ 12.010.950.000	\$ 12.611.497.500	\$ 13.242.072.375	\$ 13.904.175.994
Logísticos	\$ -	\$ 300.000.000	\$ 315.000.000	\$ 330.750.000	\$ 347.287.500	\$ 364.651.875
Materiales	\$ -	\$ 300.000.000	\$ 315.000.000	\$ 330.750.000	\$ 347.287.500	\$ 364.651.875
Mantenimiento	\$ -	\$ 600.000.000	\$ 630.000.000	\$ 661.500.000	\$ 694.575.000	\$ 729.303.750
COSTOS VARIABLES	\$ -	\$ 1.000.000.000	\$ 1.050.000.000	\$ 1.102.500.000	\$ 1.157.625.000	\$ 1.215.506.250
Insumos	\$ -	\$ 1.000.000.000	\$ 1.050.000.000	\$ 1.102.500.000	\$ 1.157.625.000	\$ 1.215.506.250
Materias primas	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Servicios públicos domiciliarios	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
UTILIDAD BRUTA	\$ -	\$ 17.266.125.588	\$ 12.912.424.282	\$ 16.332.405.532	\$ 20.140.527.354	\$ 24.378.453.781
GASTOS OPERACIONALES	\$ -	\$ 5.574.994.594	\$ 5.853.744.324	\$ 6.146.431.540	\$ 6.453.753.117	\$ 6.776.440.773
ADMINISTRATIVOS	\$ -	\$ 4.812.394.594	\$ 5.053.014.324	\$ 5.305.665.040	\$ 5.570.948.292	\$ 5.849.495.706
Arriendos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Depreciación	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Gastos administrativos generales	\$ -	\$ 96.000.000	\$ 100.800.000	\$ 105.840.000	\$ 111.132.000	\$ 116.688.600
Mano de obra	\$ -	\$ 639.168.941	\$ 671.127.388	\$ 704.683.757	\$ 739.917.945	\$ 776.913.842
Vigilancia	\$ -	\$ 150.000.000	\$ 157.500.000	\$ 165.375.000	\$ 173.643.750	\$ 182.325.938
Monitoreo	\$ -	\$ 9.600.000	\$ 10.080.000	\$ 10.584.000	\$ 11.113.200	\$ 11.668.860
Serv Generales	\$ -	\$ 96.000.000	\$ 100.800.000	\$ 105.840.000	\$ 111.132.000	\$ 116.688.600
Útiles de Servicios	\$ -	\$ 36.000.000	\$ 37.800.000	\$ 39.690.000	\$ 41.674.500	\$ 43.758.225
Seguros	\$ -	\$ 3.711.625.653	\$ 3.897.206.936	\$ 4.092.067.282	\$ 4.296.670.647	\$ 4.511.504.179
Serv Vr Agregado	\$ -	\$ 50.000.000	\$ 52.500.000	\$ 55.125.000	\$ 57.881.250	\$ 60.775.313
Cafeteria	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Servicios públicos domiciliarios	\$ -	\$ 24.000.000	\$ 25.200.000	\$ 26.460.000	\$ 27.783.000	\$ 29.172.150
MERCADEO Y VENTAS	\$ -	\$ 762.600.000	\$ 800.730.000	\$ 840.766.500	\$ 882.804.825	\$ 926.945.066
Arriendos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Comisiones por ventas	\$ -	\$ 732.000.000	\$ 768.600.000	\$ 807.030.000	\$ 847.381.500	\$ 889.750.575
Depreciación	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Regalos	\$ -	\$ 600.000	\$ 630.000	\$ 661.500	\$ 694.575	\$ 729.304
Publicidad y promoción	\$ -	\$ 30.000.000	\$ 31.500.000	\$ 33.075.000	\$ 34.728.750	\$ 36.465.188
Servicios públicos domiciliarios	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
UTILIDAD OPERACIONAL	\$ -	\$ 11.691.130.994	\$ 7.058.679.958	\$ 10.185.973.992	\$ 13.686.774.237	\$ 17.602.013.008
GASTOS FINANCIEROS	\$ -	\$ 5.808.491.387	\$ 5.808.491.387	\$ 4.356.368.540	\$ 2.904.245.694	\$ 1.452.122.847
UTILIDAD ANTES DE IMPUESTO	\$ -	\$ 5.882.639.607	\$ 1.250.188.571	\$ 5.829.605.452	\$ 10.782.528.544	\$ 16.149.890.162
IMPUESTOS (35%)	\$ -	\$ 1.941.271.070	\$ 412.562.228	\$ 1.923.769.799	\$ 3.558.234.419	\$ 5.329.463.753
UTILIDAD NETA DEL EJERCICIO	\$ -7.423.251.306	\$ 3.941.368.537	\$ 837.626.343	\$ 3.905.835.653	\$ 7.224.294.124	\$ 10.820.426.408

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con esta composición, el proyecto presenta un Valor Presente Neto (VPN) de 12.729.155.100 COP, lo que se traduce en que los dineros invertidos en el proyecto rentan a una tasa superior al costo de oportunidad. La Tasa de Retorno de Inversión (TIR), por su parte, supera con sobras la rentabilidad mínima esperada de 8%, lo que confirma la factibilidad y la aceptación del proyecto (Tabla 55).

Tabla 55. *Valor Presente Neto y Tasa de Retorno de Inversión*

VPN (0,08)	\$ 12.719.144.100
TIR	47%

Fuente: Elaboración propia.

9. Riesgos y supuestos críticos

Existen una serie de riesgos que un emprendedor requiere prever y considerar, para este caso, los enunciados en la Tabla 56, cuyo desglose está a continuación.

– 9.1. Riesgos y supuestos

La Unidad Integral Materno Infantil de La Guajira (UMIGUA), desde el pensamiento de creación recoge un riesgo compartido, consecuencia de que algunos servicios del grupo de internación y los servicios completos del grupo de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica estarán ofertados en el mercado para la conformación, es decir, la junta mayor de la UMIGUA tendrá que realizar un ejercicio, que objetivamente, combine experiencia con músculo financiero para que terceros entren en el proceso, y completen la integralidad de la institución.

No obstante, cabe destacar que el Sistema de Salud de Colombia compone y recoge una serie de decisiones políticas, que pudiesen verse afectadas de una u otra manera por decisiones de las diferentes ramas del poder del sector público. La principal ventaja, es que la salud es reconocida como un derecho fundamental en este territorio, por tanto, la prestación sería la menos afectada y se tendrían que ajustar procesos de adaptabilidad, ante un posible cambio de normativa en el país.

Si bien, la negociación vía precios es una de las más utilizadas en el sector, debido al comportamiento privado del asegurador, se vence este posible riesgo, a través de los procesos de calidad en el servicio. La calidad de un servicio requiere de recursos, que no solo son traducidos

en la satisfacción del cliente, sino también en el seguimiento y resultados positivos en la Gestión del Riesgo en Salud para el asegurado frente a la tecnología y el departamento de procesos de control, a través de funciones específicas asignadas en el entorno de verificación y start de innovación.

En caso de escasez de mano de obra, se establece un plan de convenios con instituciones similares de la región, se gestiona ante la academia (convenios docencia-servicio) y se ajustan manuales de funciones fundados en los procesos de calidad y control, sin afectar la calidad y la integralidad del servicio.

El riesgo más importante, sin duda alguna, resulta ser el financiero, puesto que, al estudiar el sector, encontramos carteras superiores a los 180 días. Para esto es necesario realizar un chequeo cruzado entre las diversas áreas, en búsqueda de la minimización del error al momento de la facturación y proceso de cobro, asimismo resaltar la importancia de trabajar con aseguradores sólidos financieramente y, con afinidad a los valores y objetivos de la UMIGUA.

Tabla 56. *Mapa de riesgo de la UMIGUA*

Mapa de riesgo			
Riesgo asociado	Nivel de riesgo	Oportunidad	Respuesta
Alta inversión	Medio	Crecimiento ante inversión externa	Riesgo compartiendo con servicios
Político	Medio	Procesos de adaptabilidad	Adaptación y flexibilidad
Precios bajos	Medio	Afinidad con clientes a través de la calidad	Negociación a través de seguimiento y evaluación de indicadores
Escapes de mano de obra	Alto	Nuevos colaboradores	Convenios con entidades similares de la región
Bajo flujos de recursos	Alto	Procesos de cobro chequeado	Chequeos para un cobro efectivo

Fuente: Elaboración propia.

Cabe destacar que para enfrentar estos riesgos es necesario, tener mucha receptividad y adaptabilidad ante el cambio, por ende, en los procesos de cultura organizacional, es fundamental fortalecer el liderazgo individual y colectivo de los colaboradores.

En una eventual salida del mercado, la UMIGUA puede transformarse en una institución accionaria, en la cual, la situación determinará el comportamiento de los principales socios y fundadores de la institución. En ningún momento se planea vender la institución, a menos que sea irrestrictamente necesario.

– 9.2. Estrategia de salida

Como fue descrito anteriormente, La Guajira es uno de los departamentos con mayores necesidades básicas insatisfechas en el país, seguido de esto la pobreza monetaria extrema supera con creces la media nacional, se carece de generación de empleo autónomo sin clientelismo y se requiere de mejoras en los procesos educativos básicos y secundarios (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, s.f.c). Sin embargo, en este último ítem, es importante reconocer el avance significativo que ha tenido la educación superior en el departamento, puesto que la universidad pública, a hoy día, cuenta con varios programas certificados, y se ha podido sentir en el mercado laboral la mano de obra calificada local.

Por otro lado, la carencia que interconectividad vial y de telecomunicaciones, en conjunto con la precaria prestación de servicios públicos y la baja capacidad adquisitiva, que afecta directamente el gasto de bolsillo en salud, dan la importancia a este proyecto, porque todos estos determinantes sociales, entendidos como externalidades, contribuyen a la presencia de enfermedades en la población. (Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira, 2019)

Ante una población con mayor control del riesgo en salud, y máxime si hablamos de población infantil, entrada en la adolescencia, las gestantes y población en edad de gestación, se impacta de forma positiva los procesos educativos de la población, que en los próximos años estará en edad de trabajar, igualmente de liberar cargas al trinomio padre, madre e hijo, al gestionar integralmente la presencia de la enfermedad de un menor, aumentando la productividad en el trabajo y se presentando menos inconvenientes a nivel de salud mental.

10. Beneficios a la comunidad

– 10.1. Impacto en el desarrollo económico

Al discurrir que los colaboradores, salvo unos casos muy específicos, pueden ser locales, lo que favorece a la generación de empleo, superación de la línea de pobreza, y, por consiguiente, la seguridad social individual o colectiva, si hablamos de un o una cabeza de hogar. Frente a los proveedores también, resulta importante apoyar a pequeños productores, sobre todo en el sector de materiales y apoyo a la operación, junto a los procesos administrativos.

La modalidad de empleo en el sector salud, es un tema muy discutido y coyuntural en el país, sin embargo, la UMIGUA en articulación de sus procesos de cultura organizacional y en concordancia con los valores y objetivos, pretende desarrollar procesos contra el estrés laboral y la saturación de este, evitando cualquiera de sus desenlaces en la salud física y mental. Será una tarea de todos los departamentos.

– 10.2. Impacto en el desarrollo de la comunidad

La transferencia de conocimiento es uno de los pilares de la unidad, ser garantes de la mejor retroalimentación de procesos del sector entre profesionales y técnicos, todos bajo la mentalidad de colaboradores de la institución. En ello se debe brindar que lo que se pregona en nuestros escudos y símbolos, “Integralidad, Calidad y Seguridad”, es decir, todos los colaboradores deben estar conscientes, adoptar, y, en todo momento, ser afines a estos principios de tanta relevancia para la UMIGUA.

Frente al desarrollo de capacidades, se establecerá un plan de capacitaciones y educación institucional, guiados a través de los análisis de los perfiles epidemiológicos y los procesos de farmacovigilancia, lo que contribuirá a disminuir la rotación de personal de alto valor agregado, y permitirá la efectividad terapéutica.

Por último, se establece una modalidad de reconocimientos al trabajo, con el propósito de reconocer procesos de liderazgos individuales y, que estos influyeran en el colectivo, a través del trabajo en equipo y el ejemplo.

– Referencias bibliográficas

- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (s.f.). *Base de Datos Única de Afiliados—BDUA*. ADRES. <https://www.adres.gov.co/entidades-territoriales/bdua/reportes>
- Aljassim, N., & Ostini, R. (2020). Health literacy in rural and urban populations: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 103(10), 2142-2154.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.007>
- American Cancer Society. (2017, septiembre 19). *Cómo navegar a través del sistema de atención médica cuando su hijo tiene cáncer*. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/los-ninos-y-el-cancer/cuando-su-hijo-tiene-cancer/durante-el-tratamiento/como-navegar-a-traves-del-sistema-de-atencion-medica.html>
- Banco de la República. (2022). *Reportes del Emisor*. <https://www.banrep.gov.co/es/reportes-del-emisor>
- Becerra-Eljalde, L. L. (2021, diciembre 28). *Inflación, el dolor de cabeza para la economía colombiana*. Portafolio.co. <https://www.portafolio.co/revista-portafolio/inflacion-el-dolor-de-cabeza-para-la-economia-colombiana-560043>
- Blasco-Navarro, M., Cruz-Cobas, M., Cogle-Duvergel, Y., & Navarro Tordera, M. (2018). Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales. *MEDISAN*, 22(7), 578-599.
- Caicedo-Coronado, C. A. (2020). Análisis de las causas externas de la situación de desnutrición de niños Indígenas Wayuu en Maicao. *Derectum*, 5(2), 11-27.
<https://doi.org/10.18041/2538-9505/derectum.2.2020.7307>

Cámara de Comercio de Bogotá. (2022). *Guía 1 RM Constitución de una sociedad por acciones simplificada (SAS)*. <https://bibliotecadigital.ccb.org.co/handle/11520/20184>

Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, (23 de diciembre de 1993).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

Consejo Directivo del Instituto de Seguros Sociales. (2001). *Acuerdo 256 de 2001*.

<https://lexsaludcolombia.files.wordpress.com/2010/10/tarifas-iss-2001.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (s.f.a). *Demografía y población*. DANE.

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (s.f.b). *Encuesta Pulso Social*.

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/encuesta-pulso-social/encuesta-pulso-social-historicos>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (s.f.c). *Pobreza y condiciones de vida*.

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida>

El Tiempo. (2018, agosto 23). *¿Por qué el costo de la salud sube más que la inflación general?*

Portafolio.co. <https://www.portafolio.co/economia/por-que-el-costo-de-la-salud-subemas-que-la-inflacion-general-520391>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2017, octubre 19). *7.000 recién nacidos mueren cada día a pesar de los progresos en la supervivencia infantil, según un nuevo informe*.

UNICEF. <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/7000-reci%C3%A9n-nacidos-mueren-cada-d%C3%ADa-pesar-de-los-progresos-en-la-supervivencia>

Fundación Santa Fe de Bogotá. (s.f.). *Modelo de Investigación Materno Infantil*. Fundación

Santea Fe. <https://www.fsfb.org.co/>

Gobernación de La Guajira. (2020). *Plan Departamental de Desarrollo de La Guajira 2020-2023*.

https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1NtF5ioj1fY2_DDJNND_eE8E6KktqETSm

Gobernación de La Guajira. (2021). *Estadísticas Gobernación de La Guajira 2021*.

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1pRXZEWQDyNgGG5CkiDJsEtWSrjAiFlu/edit?usp=sharing&ouid=111375741142513886211&rtpof=true&sd=true>

Google Maps. (s.f.a). *Atlántico*. Atlántico.

<https://www.google.com/maps/place/Atl%C3%A1ntico/@10.6815265,-74.9911995,10z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x8ef42d42d5e8daf3:0x47f316b8b238017f!8m2!3d10.6966159!4d-74.8741045>

Google Maps. (s.f.b). *Cesar*. Cesar. <https://www.google.com/maps/place/Cesar/@9.271782,-73.5131581,8z/data=!4m5!3m4!1s0x8e5d8f88100db981:0x881e749a6e095450!8m2!3d9.3372948!4d-73.6536209>

Google Maps. (s.f.c). *La Guajira*. La Guajira.

<https://www.google.com/maps/place/La+Guajira/@11.4279285,-72.388934,9z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x8e8b8914627238ff:0x22e6d8831a7d9716!8m2!3d11.3547743!4d-72.5204827>

Google Maps. (s.f.d). *Magdalena*. Magdalena.

<https://www.google.com/maps/place/Magdalena/@10.128801,-75.3638764,8z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x8e5f309f3b0773f3:0x29812374a959191b!8m2!3d10.4113014!4d-74.4056612>

Grupo Interagencial sobre Flujos Migratorios Mixtos en Colombia. (2020). *GIFMM Colombia: Venezolanos en La Guajira—Noviembre 2020 | R4V*.

<https://www.r4v.info/es/document/gifmm-colombia-venezolanos-en-la-guajira-noviembre-2020>

Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53, s144-s155.

Guerrero-Lozada, A. M., Martínez-Flórez, D. P., Babativa-Bustos, E. R., Araque, E. P., & Tulcán, F. (2020). *Mortalidad por desnutrición en niños menores de 5 años en el departamento de La Guajira* [Universidad Nacional Abierta y a Distancia].

<https://repository.unad.edu.co/handle/10596/38732>

Guiracocha-Suarez, H., Alarcon, D., & Ramirez, C. (2019). Identificación de las variables producto de embarazo y período de embarazo sobre la muerte fetal mediante el uso de estadístico de chi cuadrado. *Ecuadorian Science Journal*, 3(2), 15-24.

Huaman-Huarcaya, M. M. (2020). *Determinantes de la desnutrición crónica en niños de 0 a 5 años en el Perú para el periodo 2007-2018* [Universidad de Lima].

<https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/12103>

Jaimes, C. (2019, mayo 9). *Adiós MIAS, bienvenido MAITE - ConsultorSalud*.

<https://consultorsalud.com/adios-mias-bienvenido-maite/>

López-Serrano, M. B. (2019). Mortalidad maternal: Binomio madre-feto : Maternal Mortality: Mother-Fetus Binomial. *Más Vita*, 1(2), 32-37.

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4445 de 1996, (2 de diciembre de 1996).

<http://fapp.saludcapital.gov.co/estadisticos/pai/BASES/DOCUMENTOS%20PAI/STANDARD%20POLITICO->

[NORMATIVO/Resoluciones/Resolucion%20044450%20DE%2001996%20.pdf](http://fapp.saludcapital.gov.co/estadisticos/pai/BASES/DOCUMENTOS%20PAI/STANDARD%20POLITICO-NORMATIVO/Resoluciones/Resolucion%20044450%20DE%2001996%20.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud—PAIS*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016, (17 de febrero de 2016).

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20429%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal*.

http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/sreproductiva/2018/Lineamiento_Ruta_Materno_Perinatal.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). *Gestión Integral del Riesgo en Salud—GIRS*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). *Plan Nacional de Salud Rural*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/msps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018, (2 de agosto de 2018).

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019, (27 de septiembre de 2019).

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019, (25 de noviembre de 2019).

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021, agosto 27). *Resolución 1317 de 2021*. Centro de Estudios Regulatorios. <https://www.cerlatam.com/normatividad/minsalud-resolucion-1317-de-2021>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022a, julio 23). *RIAS PMS Adolescencia*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022b, julio 23). *RIAS PMS Adultez*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022c, julio 23). *RIAS PMS Infancia*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022d, julio 23). *RIAS PMS Juventud*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022e, julio 23). *RIAS PMS Primera Infancia*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.a). *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud—REPS*. <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/REPS-Registro-especial-de-prestadores-de-servicios-de-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.b). *Rutas integrales de atención en salud—RIAS*. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.c). *Sistema Integrado de Información de la Protección Social—SISPRO*. <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). *Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia—IAMI*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/lineamientos-ami-2011.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social & Gobernación de La Guajira. (2019). *Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud 2019—Departamento de La Guajira*. 152.

Mogollón-Pastrán, S. C., García-Ubaque, J. C., & Martínez-Martínez, S. (2020). Determinantes sociales de la mortalidad infantil en municipios de frontera en Colombia, 2005-2011. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(2). <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n2.77750>

Moreno-Santillán, A. A., Briones-Vega, C. G., Díaz de León-Ponce, M. A., Gómez Bravo-Topete, E., Martínez-Adame, L. M., Rodríguez-Roldán, M., Sandoval-Rodríguez, E., & Briones-Garduño, J. C. (2020). Morbilidad extrema (near-miss) en obstetricia. Revisión

de la literatura. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 43(1), 53-56.

<https://doi.org/10.35366/CMA2011>

Organización Mundial de la Salud. (2016, noviembre 7). *La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado.*

Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>

Presidencia de la República de Colombia. Resolución 2423 de 1996, (31 de diciembre de 1996).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-2423-de-1996.pdf>

Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1011 de 2006, (3 de abril de 2006).

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Presidencia de la República de Colombia. Decreto 780 de 2016, (6 de mayo de 2016).

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

Realpe-Bernal, L. P. (2018). *La salud en la ruralidad en Colombia: Un análisis desde el sistema de salud colombiano en el departamento del Chocó bajo los atributos de cobertura y acceso con la crisis en 2014* [Universidad de La Salle].

<https://ciencia.lasalle.edu.co/economia/525/>

República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1687988>

- Rodríguez-Triana, D. R., & Benavides-Piracón, J. A. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: Análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(3). <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a10>
- Ruiz, F. (2022, febrero 1). *No solo covid-19, la transformación financiera del sector salud*. Semana.com Últimas Noticias de Colombia y el Mundo.
<https://www.semana.com/opinion/articulo/no-solo-covid-19-la-transformacion-financiera-del-sector-salud/202248/>
- Saltos-Intriago, J. J., Barberan-Carranza, A. C., Ludeña-Mendoza, C. C., Jara-Muñoz, M. M., Lema-Ulloa, Z. L., & Villalva-Chalén, K. M. (2019). Alternativas de cuidado para evitar la mortalidad neonatal. *RECIMUNDO*, 3(4), 271-290.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(4\).diciembre.2019.271-290](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(4).diciembre.2019.271-290)
- Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. (2018, agosto 21). *Modelo Integral de Atención en Salud para la Ruralidad*. Subred Sur.
<https://www.subredsur.gov.co/?q=content/modelo-integral-de-atenci%C3%B3n-en-salud-para-la-ruralidad>
- Sylva-Lazo, M. Y. (2020). Efectos de la desnutrición en el desarrollo integral de los niños. *Magazine De Las Ciencias: Revista De Investigación E Innovación*, 5(5), 1-14.

– Anexos

Anexo A. Paquetes guías de la Unidad Materno Infantil de La Guajira.

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1vf-qeWmLAGndia1eTEco7qM0or1VuEao/edit#gid=1533089371>

Anexo B. Estudios previos de la Unidad Materno Infantil de La Guajira.

https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1AJ0NFCs6E-s0Jodipp77RGU_Qr9Z43X

Anexo C. Reglamentación urbana de la Unidad Materno Infantil de La Guajira.

https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1AJ0NFCs6E-s0Jodipp77RGU_Qr9Z43X

Anexo D. Estudios de suelos de la Unidad Materno Infantil de La Guajira.

https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1AJ0NFCs6E-s0Jodipp77RGU_Qr9Z43X

Anexo E. Programa médico-arquitectónico de la Unidad Materno Infantil de La Guajira.

https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1AJ0NFCs6E-s0Jodipp77RGU_Qr9Z43X

Anexo F. Dotación de la Unidad Materno Infantil de La Guajira.

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Eq1fZyCCj6zLRmFs8H7emSb8eaz59aHD/edit#gid=1941581512>

Anexo G. Talento Humano – Cuadros Rotativos de la Unidad Materno Infantil de La Guajira.

https://docs.google.com/spreadsheets/d/140_FAw89p2SAsK8MXrV3XGgT780K0bwN/edit#gid=2118871193

Anexo H. Inicio y Plan Financiero de la Unidad Materno Infantil de La Guajira.

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/1Jn5sBwOfj0J-GrjSEynMStoDnD4gr45T/edit#gid=42580214>