

MODELO DE NEGOCIOS PARA UN SERVICIO DE ATENCIÓN EN SALUD PEDIÁTRICA  
INTEGRAL EN CARTAGENA “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”

DANILO MENDOZA GÓEZ

CÉSAR MEJÍA

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR  
FACULTAD DE ECONOMIA Y NEGOCIOS  
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN (MBA)

CARTAGENA D.T y C

2015

MODELO DE NEGOCIOS PARA UN SERVICIO DE ATENCIÓN EN SALUD PEDIÁTRICA  
INTEGRAL EN CARTAGENA  
“CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”

DANILO MENDOZA GÓEZ

CESAR MEJIA

INFORME FINAL COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR  
FACULTAD DE ECONOMIA Y NEGOCIOS  
PROGRAMA DE MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN (MBA)  
CARTAGENA D.T y C

2015

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
RESUMEN.....	13
ABSTRACT.....	14
INTRODUCCIÓN.....	15
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	17
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	19
1.3. OBJETIVOS.....	19
1.3.1. Objetivo general.....	19
1.3.2. Objetivos específicos.....	20
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	20
2. MARCO DE REFERENCIA.....	21
2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	21
2.2. MARCO LEGAL.....	21
2.3. MARCO TEÓRICO.....	22
2.3.1. Enfoques para gestionar la innovación y modelos de gestión empresarial	
Metodologías para la gestión de la innovación.....	25
2.3.2. Modelos de Gestión Empresarial.....	29
2.3.3. Modelos de Calidad de Servicios.....	31
2.3.4. Modelo Conceptual para la Gestión de la Innovación en el sector Servicios.....	31
2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	35
3. DISEÑO METODOLÓGICO.....	36
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	36
3.2 POBLACION Y MUESTRA.....	36

3.2.1 Población.....	36
3.2.2 Muestra.....	36
3.3 FUENTES Y TÉCNICAS PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	36
3.3.1 Fuentes Primarias.....	36
3.3.2 Fuentes Secundarias.....	37
3.4 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	37
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	38
4.1. SITUACIÓN DE LA SALUD.....	36
4.1.1. Situación mundial de la salud.....	36
4.1.2. Situación de la salud en Colombia.....	36
4.1.3. Situación de la salud en Cartagena.....	40
4.2. NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES (PACIENTES-NIÑOS) Y PERSONAL MÉDICO PARA UN MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PEDIÁTRICA INTEGRAL EN CARTAGENA.....	48
4.2.1. Resultados de la encuesta aplicada a las familias.....	48
4.2.2. Percepción y consideración de médicos con especialidades que se asociaran a un servicio de atención integral en pediatría.....	54
4.3. CARACTERIZACIÓN LOS SEGMENTOS (ESTRATOS 4,5 Y 6), PARA UN MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PEDIÁTRICA INTEGRAL EN CARTAGENA..	58
4.3.1. Categoría: demografía y población.....	58
4.4. PROPUESTA DE MODELO DE NEGOCIO BAJO METODOLOGÍA CANVAS PARA UN SERVICIO INTEGRAL PEDIATRICO EN CARTAGENA: “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”.....	63
4.4.1. Modelo de negocios.....	63
4.5. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.....	74
4.5.1. Definición del horizonte de tiempo.....	74
4.5.2. Contexto para la planeación y desarrollo del “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”.....	74
4.5.3. Valores y principios.....	75
4.5.4. Misión.....	75

4.5.5. Visión.....	75
4.5.5. Objetivos Estratégicos.....	76
4.5.6. Construcción del Océano Azul.....	77
4.5.7. Ventajas competitivas generales.....	77
4.5.8. Cadena de valor.....	77
4.6. PROPUESTA DE SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PEDIÁTRICA INTEGRAL EN CARTAGENA.....	78
4.6.1. Sistema de información Gerencial del Centro Integral.....	78
4.6.2. Mapa conceptual de prestación del Servicio Integral pediátrico de Salud.....	79
5. CONCLUSIONES.....	81
6. RECOMENDACIONES.....	83
7. BIBLIOGRAFÍA.....	89
ANEXOS.....	93

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Población Infantil Cartagena 2005-proyectadoa 2009.....	18
Tabla 2. Operacionalización de variables.....	35
Tabla 3. Distribución porcentual de la situación nutricional de los niños menores de 6 Años- Colombia, 2005.....	38
Tabla 4. Distribución de las razones por las cuales los cuidadores no consultaron o buscaron ayuda por asuntos relacionados con la salud de los menores de seis años.....	38
Tabla 5. Disponibilidad de transporte de pacientes.....	41
Tabla 6. Afiliados al Sistema General de Seguridad Social-2011.....	42
Tabla 7. Afiliados al Sistema Subsidiado por EPS 2011.....	42
Tabla 8. Afiliados al régimen Contributivo por EPS 2011.....	43
Tabla 9. Morbilidad General ESE Cartagena de Indias 2011.....	45
Tabla 10. Cobertura útiles de vacunación Cartagena de Indias 2008-2011.....	46
Tabla 11. Considera necesario un servicio integral de atención pediátrica, que brinde una interrelación de especialidades, en un solo lugar, integrado tecnológicamente con apoyo de un sistema de información, amigable con las apps, por medio de una membresía.....	46
Tabla 12. Necesidades en salud pediátrica que en la actualidad serian demandadas por las familias.....	49
Tabla 13. Servicios que considera se deben ofrecer en un servicio de salud integral.....	
Tabla 14. Servicios adicionales que debe tener el centro de atención integral en salud pediátrica.....	50
Tabla 15. Opinión respecto a que el servicio se concentre en un solo lugar.....	52
Tabla 16. Estrato al que pertenecen las familias.....	52
Tabla 17. Barrio en el que viven las familias.....	52
Tabla 18. Número de hijos.....	53
Tabla 19. Número de hijas.....	53
Tabla 20. Relación con los clientes.....	53
Tabla 21. Canal de comunicación.....	54
Tabla 22. Estaría dispuesto a pagar membresía y sostenimiento fijo por este servicio.....	54

integral.....	54
Tabla 23. Percepción del personal médico sobre el interés de las familias en afiliarse a un servicio de atención integral en salud pediátrica en Cartagena.....	55
Tabla 24. Percepción referente a las necesidades de las familias.....	55
Tabla 25. Servicios Integrales a ofrecer.....	56
Tabla 26. Ubicación del centro integral.....	57
Tabla 27. Consideración que el servicio debe estar concentrado en un solo edificio o lugar.....	57
Tabla 28. Servicios adicionales con que debe contar el Centro de atención integral	
Frecuencias.....	59
Tabla 29. Comportamiento histórico de la densidad poblacional en Cartagena.....	59

## LISTA DE GRÁFICAS

	<b>Pág.</b>
Gráfica 1. Tasa bruta de mortalidad (por mil habitantes). Mundo, América Latina y el Caribe y Colombia, 1950-2050.....	37
Gráfica 2. Estructura de la población por edad y sexo. Colombia, ENS 2007.....	37
Gráfica 3. Distribución porcentual de las defunciones por sexo y grupo de edad.....	38
Gráfica 4. Tipo de persona o entidad que asumió los gastos de la atención por urgencias.....	40
Gráfica 5. Comparación Población Urbana – Rural.....	59
Gráfica 6. Distribución de la población por grupos de edades.....	60
Gráfica 7. Distribución de la población por estratos socioeconómicos – 2009.....	61
Gráfica 8. Variación de la población por estratos socioeconómicos.....	62
Gráfica 9. Variación de la población por estratos socioeconómicos por unidad comunera.....	62



**LISTA DE FIGURAS**

**Pág.**

Figura1. Cadena de valor servicio pediátrico integral.....78

**LISTA DE IMAGENES**

	<b>Pág.</b>
Imagen 1. Modelo de negocios “Centro de atención integral pediátrico.....	64
Imagen 2. Sistema de información Gerencial del Centro Integral.....	79
Imagen 3. Mapa conceptual del Servicio Integral pediátrico de Salud.....	80

**LISTA DE ANEXOS**

	<b>Pág.</b>
Anexo “A”. Cuestionario aplicado a familias cartageneras para un servicio de atención integral en salud pediátrica.....	89
Anexo “B”. Cuestionario aplicado a médicos cartageneros para el montaje de un servicio de atención integral en salud pediátrica.....	93

## RESUMEN

Los servicios de salud vienen en un constante mejoramiento y pasando de un esquema reactivo a uno preventivo, en donde los síntomas y sus causas son identificados, manejados y controlados en etapas tempranas proveyendo a la población de una mejor salud y calidad de vida.

La población infantil es una prioridad para los países y para las familias por la incidencia en el futuro de la nación y de la población adulta, que en algún momento fue joven. Dentro de las principales causas para poder ofrecer un servicio de calidad a esta población, está el hecho que el manejo entre especialidades médicas es muy bajo y lento, trayendo a veces consecuencias que pudieron haber sido neutralizadas.

Por lo anterior la presente investigación tiene como objetivo diseñar un modelo de atención en salud pediátrica integral en Cartagena, por medio de la determinación de las necesidades y expectativas del cliente (Paciente-Niño), la caracterización de los segmentos-estratos, construcción del proceso de prestación de servicio y de plantear el sistema de información.

Ahora bien, este se justifica toda vez que no existen parámetros para este tipo de servicios en la ciudad, sobre su aceptación, demanda, precios, requerimientos técnicos, tamaño y estructura organizacional para atender la población afiliada y calcular su rentabilidad y sostenibilidad.

Con la creación de este servicio cuya misión no es solo ofrecer un servicio de atención pediátrica integral, sino también el seguimiento de su estado de salud, mejorarían los estándares de calidad de atención a la infancia, ya que este sería brindado por personal altamente especializado y capacitado.

**Palabras clave.** Servicio integral, pediátrico, calidad de vida, innovación, paciente, población infantil.

## ABSTRACT

Health services are in constant improvement and moving from a reactive to a preventative scheme, where the symptoms and causes are identified, managed and controlled in the early stages of providing the population better health and quality of life.

The pediatric population is a priority for the country and for families the impact on the future of the nation and of the adult population at some point he was young. Among the main reasons for offering a quality service to this population is the fact that management among medical specialties is very low and slow, sometimes bringing consequences that could have been neutralized.

Therefore this research is to design a model of comprehensive pediatric health care in Cartagena, through the identification of customer needs and expectations (Patient-Child), the characterization of the segments - strata building process service delivery and raise the information system.

Now this is justified given that there are no parameters for this type of services in the city, acceptance, demand, prices, technical requirements, size and organizational structure to meet the affiliate and calculate their profitability and sustainability population.

With the creation of this service whose mission is to not only provide a comprehensive service pediatric care, but also monitor their health, improve the quality standards of care for children, as this would be provided by highly specialized personnel and trained.

**Key words.** Full service, pediatric, quality of life, innovation, patient children.

## INTRODUCCIÓN

El sector de los servicios de salud es uno de los sectores fundamentales de la sociedad y la economía. La incapacidad para prestar servicios de salud ha tenido grandes efectos en la salud individual y colectiva, la pobreza, la generación de ingresos, la productividad en el mercado de trabajo, el crecimiento económico y el desarrollo. (OIT, 2014).

La población infantil de Cartagena asciende a 319.265 habitantes menores o iguales a 17 años que representa el 34.18% (es decir uno de cada 3 habitantes) de la población del Distrito.

Los síntomas que se presentan en la atención pediátrica en salud está la inasistencia a citas médicas, las formulas no completadas, medicinas no tomadas, las dietas, ejercicios, tratamientos y recomendaciones no seguidos, síntomas no reportados, diagnósticos erróneos, confusión en el paciente, sufrimiento innecesario, hace que cuando se acuda al médico o especialistas sea tarde, los costos altos, en ocasiones con secuelas temporales o permanentes, disminución en la calidad de vida conllevando cambios no deseados en los estilos de vida de los Niños, (Caremore, 2010).

Sin embargo por tratarse de una idea novedosa, innovadora y sin referentes en la ciudad, se hace necesario su evaluación por medio de un plan de negocio que permita determinar su aceptación y sostenibilidad económica.

La investigación tuvo como objetivo, diseñar un modelo de atención en salud pediátrica integral en Cartagena, por medio de la determinación de las necesidades y expectativas del cliente (Paciente-niño), la caracterización de los segmentos-estratos, construcción del proceso de prestación de servicio y de plantear el sistema de información.

El trabajo está estructurado en ocho capítulos, comienza con una introducción, luego se desarrolla el problema de investigación con la información necesaria para plantear y luego darle respuesta a la pregunta de investigación, posteriormente el marco de referencia donde se revisó la normatividad vigente para este tipo de negocio en salud, así como, las teorías alrededor de

modelos de negocio e innovación, a continuación el diseño metodológico donde se selección el instrumento a aplicar para recolectar la información, así como la forma de procesarla e interpretarla, se pasa a los resultados de la investigación en donde se agota el portafolio de servicios a prestar, la cadena de valor y el sistema de información que soportaría el servicio, conclusiones y recomendaciones respectivamente y por último la bibliografía utilizada.

Los resultados arrojados en esta investigación se basan en la redefinición de los 9 ítems de Canvas, el planteamiento de los componentes estructurales y funcionales necesarios para generar un buen desempeño y por último la realización de la planeación estratégica del Centro de atención en salud pediátrica integral en Cartagena “Centro integral pediátrico del Caribe”, con su cadena de valor y sistema de información respectivo.

## 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

El sector de los servicios de salud es uno de los sectores fundamentales de la sociedad y la economía. La incapacidad para prestar servicios de salud ha tenido grandes efectos en la salud individual y colectiva, la pobreza, la generación de ingresos, la productividad en el mercado de trabajo, el crecimiento económico y el desarrollo. (OIT, 2014).

Si bien la carga de la enfermedad y la demanda de servicios de salud varían en cada comunidad, la asequibilidad de los servicios de salud constituye un reto en la mayoría de los países. Por lo tanto, muchos gobiernos han considerado o emprendido reformas de gran alcance de sus sistemas de salud, remodelando el entorno laboral para el personal sanitario, como es el caso de Colombia con la promulgación de la ley 100 por la cual se creó el sistema de seguridad social integral en el país.

La ciudad de Cartagena está localizada en el Norte del departamento de Bolívar sobre la orilla del Mar Caribe. Se encuentra a 10° 25' 30" latitud norte y 15° 32' 25" de longitud oeste respecto al Meridiano de Greenwich. (DADIS, 2011).

Observando el comportamiento de la población de Cartagena para el año 2011 y de acuerdo a las proyecciones oficiales realizadas por el DANE, se estima que durante este periodo, el Distrito presentó una población total 956.181, de la cual el 51.79% corresponde al sexo femenino y el 48,21% restante al sexo masculino. Se promedió una densidad poblacional de 1570 habitantes por kilómetro cuadrado.

Ahora bien, la demografía, sociología, geografía y tasa de natalidad de la población, es una medida de cuantificación de la fecundidad, que refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurridos en un cierto período y la cantidad total de efectivos del mismo



periodo. La tasa de natalidad (NV/Pob. Total)\*1000, a Diciembre del 2011 en Cartagena se encuentra en el orden de 19,79 nacimientos por cada 1.000 habitantes. (DANE, 2005).

La población infantil asciende a 319.265 habitantes menores o iguales a 17 años que representa el 34.18% (es decir uno de cada 3 habitantes) de la población del Distrito y se encuentra distribuida de la siguiente manera, como se observa en la tabla 1.

Tabla 1. Población Infantil Cartagena 2005-proyectadoa 2009.

Ciclo vital	Edades	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
Primera infancia	0-5	103.969	32,57	53.067	32,83	50.902	32,29
Escolares	6-11	108.080	33,85	54.253	33,57	53.827	34,15
Adolescentes	12-17	107.216	33,58	54.307	33,60	52.909	33,56
<b>Totales</b>		<b>319.265</b>	<b>100,00</b>	<b>161.627</b>	<b>100,00</b>	<b>157.638</b>	<b>100,00</b>
Población Total	933.946		<b>34,18</b>		<b>50,62</b>		<b>49,38</b>

Fuente. DANE, (2005).

Para su atención, existen 7 EPS de régimen subsidiado y 21 EPS de régimen contributivo en la ciudad. No obstante esta situación, la atención a la población infantil es precaria y no se presta de manera integral, excepto “pediacenter” que congrega algunos servicios y no la totalidad a esta población, por lo que no podría enmarcarse en el concepto de tratamiento integral de salud. (DADIS, 2011).

Los síntomas que se presentan en la atención pediátrica en salud está la inasistencia a citas médicas, las formulas no completadas, medicinas no tomadas, las dietas, ejercicios, tratamientos y recomendaciones no seguidos, síntomas no reportados, diagnósticos erróneos, confusión en el paciente, sufrimiento innecesario, hace que cuando se acuda al médico o especialistas sea tarde, los costos altos, en ocasiones con secuelas temporales o permanentes, disminución en la calidad de vida conllevando cambios no deseados en los estilos de vida de los Niños, (Caremore, 2010).

Entre las múltiples causas de esta situación se puede mencionar: el crecimiento desmesurado de las plantas de personal, las nóminas paralelas, los despilfarros, actos de

ineficiencia administrativa y franca corrupción, falta de una política pública hospitalaria, convenciones colectivas que desangran el presupuesto, modalidad de contratación de servicios que incentivan la ineficiencia, transformación de subsidios de oferta en subsidio a la demanda, régimen de transición prolongado en la seguridad social, la proliferación de IPS privadas, la falta de universalidad en el aseguramiento y otros más, (DADIS, 2011).

Por lo anterior surge dentro de las opciones la creación de un servicio de atención en salud pediátrica integral en Cartagena, altamente innovadora, para los estratos 4,5 y 6 por medio de afiliación que concentre pediatría general, neumo-pediatría, laboratorio clínico, rayos x, neuro-pediatría, fisioterapeutas, con un sistema de información que nutra permanentemente a los médicos, en donde los pacientes o sus mayores puedan de manera temprana enviar la información y poder de manera preventiva adelantar las acciones, así mismo, prestar el servicio del médico extensivo encargado de visitar con una frecuencia definida para cada caso que ayude a controlar y superar la situación, entre otros, población que podría contar con los recursos para acceder a estos servicios. Sin embargo por tratarse de una idea novedosa, innovadora y sin referentes en la ciudad, se hace necesario su evaluación por medio de un modelo de negocio que permita determinar su aceptación y sostenibilidad económica.

## 1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son los aspectos a tener en cuenta para el diseño de un modelo de negocios para un servicio de atención en salud pediátrica integral en la ciudad de Cartagena de Indias?

## 1.3. OBJETIVOS.

### 1.3.1. Objetivo general.

Diseñar un modelo de negocios para un servicio de atención en salud pediátrica integral en Cartagena de Indias, por medio de la determinación de las necesidades y expectativas del cliente (Paciente-Niño), la caracterización de los segmentos-estratos, construcción del proceso de prestación de servicio y de plantear el sistema de información.

### 1.3.2. Objetivos específicos.

- Determinar las necesidades y expectativas de los clientes (Pacientes-Niños) para un modelo de negocios para un servicio de atención en salud pediátrica integral en Cartagena.
- Caracterizar los segmentos (Estratos 4,5 y 6), para un modelo de negocios para un servicio de atención en salud pediátrica integral en Cartagena.
- Construir el modelo de negocios para un servicio de atención en salud pediátrica integral en Cartagena, con su respectiva cadena de valor.
- Plantear el sistema de información con sus indicadores del modelo de negocios para un servicio de atención en salud pediátrica integral en Cartagena.

### 1.4. JUSTIFICACIÓN.

La creación de un modelo gerencial de atención en salud pediátrica integral en Cartagena, surgió de la necesidad de satisfacer la demanda que tienen las familias y padres de contar con una entidad que concentre servicios pediátricos, por los beneficios que este le permite tales como: Atención preventiva, red de médicos, sistema de información, medico extensivo, disponibilidad de servicios en un solo lugar, oportunidad en la prestación de estos servicios, rapidez en el diagnóstico y por ende tratamiento de enfermedades y situaciones de urgencia, entre otros.

El presente trabajo de investigación, se justifica toda vez que no existen parámetros para este tipo de servicios en la ciudad, sobre su aceptación, demanda, precios, requerimientos técnicos, tamaño y estructura organizacional para atender la población afiliada y calcular su rentabilidad y sostenibilidad.

Con la creación de este servicio cuya misión no es solo ofrecer un servicio de atención pediátrica integral, sino también el seguimiento de su estado de salud, mejorarían los estándares de calidad de atención a la infancia.

## 2. MARCO DE REFERENCIA.

### 2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

Antecedentes de este servicio integral en pediatría, sin embargo en salud se hallaron los siguientes:

Pacheco, G (2008). Plan de negocio y planificación de captación de fondos de un servicio de cuidados paliativos, cuyo objetivo fue determinar la demanda del servicio, sus costos, inversiones y sostenibilidad financiera. Los resultados obtenidos fueron que existe una población que demandaría el servicio entre otras por el aumento de la esperanza de vida y el deterioro e incremento en algunas enfermedades, así como, el que la demanda espera un servicio integral de cuidados.

Isaza, I & Mejía, M & Ramírez, A (2012). Plan de Negocios Centro De Rehabilitación Fisioterapéutico y Kinesiológico “Fisiokine Pereira”, cuyo objetivo fue establecer la aceptación y viabilidad de este servicio en Pereira, este salió con gran aceptación, mostrando la necesidad de servicio de transporte, cafetería y otros servicios relacionados que facilitarían la recuperación y calidad de vida de los pacientes, arrojó una alta sostenibilidad financiera.

### 2.2. MARCO LEGAL.

Constitución política de Colombia, (1991), la cual garantiza en sus artículos 13, 44, 45, 50 y 67 principalmente los derechos de la infancia y la protección para aquellos que se encuentren en condiciones especialmente difíciles. Igualmente, plantea la importancia de la corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la familia en la obligación de asistir y proteger a la niñez para asegurar su desarrollo armónico e integral en ejercicio de sus derechos.

Ley 100-1993 Por la cual se define el sistema de seguridad social en Colombia, reconoce que el principal objetivo del Sistema es mejorar la salud de la población, promueve los enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad, como ideales de la

prestación de servicios de salud, admite que la prestación de servicios de salud, se desarrolla en un escenario descentralizado, con definición de competencias, recursos y acciones de control de la prestación de servicios en las entidades territoriales y reconoce la necesidad de explorar y fortalecer todas las posibilidades que tienen las comunidades de organizarse para solucionar sus problemas de salud y de articular la respuesta de los prestadores de servicios de salud a las necesidades de sus usuarios.

### 2.3. MARCO TEÓRICO.

La industria de los servicios ha crecido sostenidamente a nivel mundial en los últimos años, en términos de aportes al producto interno bruto y en la generación de empleos. Por su parte, el estudio y análisis de la innovación comienza a partir de la segunda mitad del siglo XX, investigadores del área económica comienzan a profundizar en la importancia de la variable tecnológica en la creación de riqueza y valor en las empresas. Las primeras investigaciones dirigieron hacia el problema de cómo medir los resultados de las inversiones realizadas en las actividades científicas y tecnológicas.

Es así como la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, OCDE, genera la primera versión de una herramienta para medir los resultados de las actividades científicas y tecnológicas en las empresas y en los países, denominadas Manual de Frascati (1980), cuya versión actual es el Manual de Oslo (1997). Esta herramienta se fundamenta en medir las entradas y salidas del sistema científico/tecnológico, y poco se ocupa en evaluar lo que ocurre en la caja negra de dicho sistema. Existe una amplia gama de metodologías para medir las actividades científicas/tecnológicas/innovación; sin embargo, en su mayoría están dirigidas a medir estas actividades en empresas de manufactura, tales como el Manual de Bogotá, el Cuadro Europeo de Innovación, entre otros.

Muchas empresas grandes instalaron sus unidades de Investigación y Desarrollo, I+D, donde se invertían cuantiosos recursos. Sin embargo, las estrategias y crecimiento de estas empresas no eran proporcionales al nivel de los recursos invertidos. A principio de los años 80's, se comienza a plantear que no es suficiente la investigación y el desarrollo tecnológico, si este no

incorpora el carácter económico que debe complementar esta actividad, entonces aparece la innovación como la principal herramienta para generar ventajas competitivas en las empresas.

A nivel mundial se evidencia en cuanto a beneficios y empleos generados, que en las tres últimas décadas es el sector servicios o la industria de servicios quien ha tenido un crecimiento sostenido, a diferencia del sector de manufactura. La noción de servicios nace como una actividad propia del área de la mercadotecnia, donde la empresa debía garantizar un servicio postventa de sus productos para garantizar la satisfacción de sus clientes; en la medida que este servicio se especializaba, la empresa se diferenciaba de sus competidores y obtenía mayor fidelidad de sus clientes.

En función de la evolución de las necesidades de la sociedad moderna aparecen nuevas tecnologías, surgen actividades económicas que antes no existían, como el comercio global, las telecomunicaciones, el turismo, servicio aéreo, comida rápida, servicios bancarios, etc. Es entonces, cuando se comienza a diferenciar el sector servicios de la manufactura, dadas sus particulares características.

Según (Lovelock *et al.*, 2004: 4), un servicio “es un acto o desempeño que ofrece una parte a otra. Aunque el proceso puede estar vinculado a un producto físico, el desempeño es en esencia intangible y, por lo general, no da como resultado la propiedad de ninguno de los factores de producción”. Entre las características más resaltantes de la industria de los servicios están:

- Naturaleza intangible.
- Intervención directa del cliente en el proceso de producción.
- La calidad se expresa en términos de la percepción del cliente.
- No existe inventarios luego de ejecutado el servicio.
- El tiempo de prestación del servicio es una variable clave.

Para Puento (2005:14), “una de las características esenciales de los servicios que el consumo consiste en un proceso; es decir, son ofrecidos mediante un procedimiento en el cual interviene el consumidor”. Debido al grado de intervención del cliente en el proceso, existen factores que

definen la calidad en la prestación del servicio, como es el caso del recurso humano, específicamente sus competencias y nivel de motivación para ejecutar el proceso, las cuales son percibidas directamente por el cliente; una falla humana puede ocasionar la pérdida de clientes por insatisfacción. En algunas empresas de servicios es la tecnología quien juega un rol fundamental, tal es el caso del sector financiero donde la tecnología de la información y las telecomunicaciones determinan la eficiencia en la ejecución de los procesos internos y en la interfaz con el cliente; llegando inclusive a cambios radicales en los métodos de trabajo internos de los bancos y en el diseño de los servicios financieros ofrecidos.

Muchos de los conceptos de gestión de empresas de manufactura pueden ser aplicables al sector servicios, realizando las adaptaciones correspondientes. Por ejemplo, para que una empresa de servicios funcione con criterios de excelencia se debe cultivar en todos los ámbitos de la organización una *cultura de servicios*, lo cual implica: a) Definir el Servicio a prestar, b) Definir el segmento del mercado que se va atender, c) Diseñar la máquina del servicio; es decir diseñar el proceso de producción del servicio y d) Definir un sistema de información que incluya los indicadores clave que sustentaran el negocio de servicios. Otro aspecto importante en la industria de servicios, son los diversos criterios utilizados para su clasificación, tales como el grado de contacto con el cliente e intangibilidad.

### 2.3.1. Gestión de la innovación y modelos de gestión empresarial- Metodologías para la gestión de la innovación.

Por innovación se entiende, “todo desarrollo tecnológico aplicado y con aceptación en el mercado”, Arzola (2001:2). Existen diferentes tipologías de innovación, las tecnológicas que se sustentan en nuevos conocimientos científicos y/o tecnológicas, algo totalmente nuevo, generalmente están dirigidas a los productos y procesos de producción. Las organizativas, referidas a las mejoras o nuevas herramientas utilizadas en los procesos organizativos de las empresas. Y las innovaciones presentacionales que se refieren a la actividad de innovación en la función de mercadotecnia de la empresa. En el caso de las empresas del sector servicios, las innovaciones más frecuentes son las organizativas, según estudios empíricos de Gallouj (1998) y Miles (1994).



La tecnología, está definida como el conjunto de conocimientos, métodos y herramientas utilizadas para producir bienes y servicios. Se puede hablar entonces de tecnología dura, referida al componente tangible de la tecnología, y tecnología blanda cuando se refiere a los conocimientos, aspecto intangible de la tecnología (Hidalgo *et al.*, 2002). Otro concepto importante para el desarrollo de este estudio es el de actividades científicas, definidas como todo el proceso para generar nuevo conocimiento en las ciencias básicas, denominado conocimiento básico, el cual es aplicado para resolver cualquier problema que se convierte en conocimiento aplicado, también llamado tecnología. Para que ocurra innovación, es necesario que se generen, en la cantidad necesaria y suficiente, tanto el conocimiento básico como el aplicado.

Compatibilizar la gestión de la innovación con la estrategia global de la empresa puede representar un arma estratégica difícil de imitar por sus competidores. Chica *et al.* (2005) proponen un modelo conceptual para vincular la estrategia competitiva de la empresa con la correcta aplicación de las relaciones entre competitividad-estrategia-innovación-gestión.

Según Betz (1998) la complejidad en la gestión de la innovación en las empresas viene dada por los diversos sistemas que constantemente están interactuando en el proceso de innovación, lo que da origen a un cambio permanente. Deben combinarse algunas técnicas para una gestión exitosa del proceso de innovación, tales como análisis organizacional y de sistemas, planificación y predicción de la tecnología, gerencia de proyectos, marketing y técnicas para emprender nuevos negocios.

Pavón e Hidalgo (1997:65), definen la gestión de la innovación tecnológica como “el proceso orientado a organizar y dirigir los recursos disponibles, tanto humanos como técnicos y económicos, con el objetivo de aumentar la creación de nuevos conocimientos, generar ideas que permitan obtener nuevos productos, procesos y servicios o mejorar los existentes, y transferir esas mismas ideas a las fases de fabricación y comercialización”.

En el 2002, AENOR propuso una serie UNE 166000 EX, Normas Españolas experimentales referidas a la Gestión de la I+D+I. Esta serie la conforman un conjunto de 5 normas, específicamente la norma 166002 denominada Requisitos del Sistema de Gestión de la

I+D+I, es la que se refiere a la gestión de la innovación y cuyo esquema de desarrollo es el de las normas ISO 9000: 2000. En dicha norma es una descripción detallada de todas las actividades de I+D+I que las empresas deben cumplir para garantizar que se gestione adecuadamente la innovación, a saber: las herramientas para la I+D+I, identificación y análisis de problemas y oportunidades, análisis y selección de ideas de I+D+I, planificación, seguimiento y control de la cartera de proyectos, transferencia de tecnología, producto de la I+D+I, compras, resultados del proceso de I+D+I y protección y explotación de los resultados de las actividades de I+D+I.

Delgado et al. (2002), proponen un modelo integrado para gestionar la innovación, el cual incluye la gestión estratégica, la de recursos humanos, la de la calidad y la dirección integrada de proyectos. Otros investigadores como Torres *et al.* (1986), Santarelli y Piergiovanni (1996), Arzola (2001) han realizado interesantes aportes teóricos de cómo medir el proceso de innovación, particularmente en las empresas. Todas las metodologías descritas anteriormente están orientadas a medir el proceso innovador en empresas manufactureras, para aplicarlas a las empresas del sector servicios es necesario adaptarlas.

Una de las formas más aceptadas actualmente para la innovación es lo que se conoce como la estrategia del océano azul, creado por Cham, W (2009), busca dejar a un lado la competencia entre las empresas, ampliando el mercado a través de la innovación. Lo que las compañías necesitan para lograr ser exitosas en el futuro es dejar de competir entre sí.

En los últimos veinticinco años, todo el pensamiento estratégico ha sido dirigido al *océano rojo*; la administración define que en la competencia está el éxito o el fracaso de las compañías, lo que ha permitido a muchos saber desempeñarse hábilmente en este mundo, pero desconociendo que otro tipo de estrategia podría generar mejores resultados, sin preocuparse tanto por la competencia.

El *océano rojo* representa todas las industrias existentes en la actualidad. Estas empresas deben tener los límites claramente marcados, así como las competencias definidas, y su objetivo es superar al rival y ganar una posición en el mercado. Están constantemente expuestas a la

aparición de nuevos competidores, que disminuyen sus posibilidades de crecimiento. Por lo general, este tipo de océano es la realidad de todo negocio.

Son características de las industrias del océano rojo:

- la competencia en espacios existentes del mercado;
- el reto a la competencia.
- alinear su estrategia al bajo coste;
- explotar al máximo la demanda que existe en el mercado.

Ahora bien, el océano azul representa a las ideas que buscan crear mercados que no aparezcan en la actualidad y que, por lo tanto, son viables debido a que son oportunidades de generar un crecimiento rentable a futuro; por lo general, estos nacen a partir de los océanos rojos. El océano azul se define como aquel espacio perteneciente al mercado y que aún no ha sido utilizado o explotado, y que por consiguiente generará una oportunidad para el crecimiento rentable.

Los cuatro principios básicos de todo océano azul son: crear nuevos espacios para el consumo, centrarse en la idea global, no en los números, conocer más allá de la demanda existente, y asegurar la viabilidad de la estrategia.

Crear nuevos espacios, es un proceso mediante el cual se busca crear el océano azul, es decir, nuevos negocios que sean innovadores, originales y que permitan a futuro ocupar un lugar en el mercado que genere la suficiente rentabilidad. No se trata de generar ideas y probar; la principal característica es «establecer un proceso estructurado que logre ampliar los límites del mercado tal y como se concibe hoy en día.

Así mismo lo importante es la idea global, no los números, luego ya no se trata de buscar cómo competir en el mercado (océano rojo); con esta estrategia se busca alejarse de la competencia con nuevas ideas. Para este punto de la estrategia es necesario no solo fijarse en los números (aunque en algún punto serán importantes); en ese momento es necesario ir más allá y

mirar la globalización del mundo actual. Para esto es preciso tener clara la visión de cómo se hará el distanciamiento de la competencia.

Otro aspecto es ir más allá de la demanda, es no centrarse únicamente en las necesidades del cliente actual, y la segunda, que conduce a no realizar una segmentación excesiva del mercado. En este punto, lo que importa es dirigir la mirada a quienes no son aún clientes y conocer cuáles son sus necesidades. La estrategia de toda empresa es mantener su lista de clientes actuales, pero una ventaja competitiva se ve cuando se dan nuevas oportunidades al segmentar el mercado.

Y por último asegurar la viabilidad de la estrategia que permitirá saber que sea viable para la compañía; así, entonces, el objetivo es disminuir el riesgo que trae consigo la implantación de la estrategia. Parte de estas respuestas se encontrarán en la afirmación de las siguientes preguntas: ¿obtendrán los clientes una utilidad excepcional de la nueva idea de negocio?; ¿el precio marcado para los productos o servicios está al alcance de la gran masa de posibles clientes?; ¿la estructura de costes que tenemos es viable teniendo en cuenta el objetivo de precios que nos hemos marcado?; ¿existen obstáculos para transformar nuestra actual propuesta de valor?

El océano azul requiere que se le presente al cliente algo excepcional en el producto o servicio. Un producto será exitoso en la medida en que permita que la vida del consumidor sea sencilla, productiva, cómoda, divertida; el nuevo producto debe marcar la diferencia con el anterior, además de una nueva utilidad.

La matriz RACE por sus siglas de reducir, agregar, crear y eliminar, considera que para innovar un producto o servicio se debe analizar que se tiene que reducir por lo que ya está obsoleto o no agregar valor, agregar aquello que no está pero es esencial que se coloque para agregar valor, crear como aquellos aspectos que no existen pero se consideran prioritarios para satisfacer a los clientes y eliminar aquello que se tiene que retirar totalmente.

2.3.2. Modelos de Negocios. Con el fin de ofrecer un panorama general de modelado de negocio, según la real academia española (2010a) la etimología y significado del “modelado de negocio”. “Modelado”: “Forma de cera, barro u otra materia blanda una figura o adorno”, “acción y efecto

de modelar” “configurar o conformar algo no material”, “presentar con exactitud el relieve de las figuras, ajustarse a un modelo. Su producto es un modelo, es una representación o descripción simplificada de una entidad o proceso. Este esquema nos permite interpretar mejor su significado, creando un conjunto de conceptos, a saber: Modelado= Adquisición + Representación de conocimientos

Según la real academia española (2010b), etimológicamente la palabra “Negocios”: viene del latín conformada por “nec” y “otium”, significa sin ocio o negación del ocio, los romanos acuñaron esta palabra para referirse a una manera de ocuparse en tiempos de paz. Era una alternativa a la guerra, pero no era lucrativa no aportaba gloria. Según el Diccionario de la Real Academia de la lengua, se define *negocio* como “aquello que es objeto o materia de una ocupación lucrativa de interés.

En este sentido, uno de los paradigmas de la empresa es preguntarse cuál es su modelo, pero muy pocas veces se pregunta “cómo crear modelo”, premisa que representa la responsabilidad de la administración, permitiéndole la toma de buenas decisiones al hallar elementos que permitan interpretar la realidad, con disciplina y método.

Pero además existe la dualidad del mundo real y el mundo potencial, es decir, hay que buscar ventajas competitivas preguntándole a la empresa potencialmente, y cuestionarle de una manera asertiva teniendo la capacidad de proponer, de innovar. Por ejemplo: la empresa tiene que hacer la pregunta, cuál es mi sector, en qué sector me encuentro.

En consecuencia, es preciso acudir a la inclinación que Michael Porter tiene sobre el tema de la consecución de la ventaja competitiva de una empresa cualquiera, persona que ha influido en el pensamiento gerencial de los últimos años en el campo de la administración.

Como afirma Porter, las organizaciones de alto desempeño deben desarrollar actividades de tipo estratégico y requiriere incrementar de manera reciente la productividad, muy probablemente a través de gestiones relacionadas con el mejoramiento continuo, según Restrepo (Estudios sectoriales de sectores estratégicos2004a) el modelo porteriano nos ofrece unos enunciados que

definen la propuesta de Porter para iniciar procesos estratégicos, son los llamados *Upgrading*, son nueve a saber:

a. *Cambio metas y modelo mental.* En la aceleración del proceso de cara a los tratados de libre comercio, se consolidan unos y se amplían otros, hay que ver la posibilidad que la empresa esté sometida a exposición mundial, cambiar la mentalidad para prepararse para competir con altos niveles de rivalidad. La estrategia debe estar amarrada a una visión de la estructura de la industria: cómo se va construyendo la estrategia, es posterior o consecuencia de analizar las fuerzas del mercado y la forma como incide en la rentabilidad de la empresa, se tiene que ver cómo opera en el futuro las variables determinantes sobre la rentabilidad de la inversión, hay que establecer posición estratégica singular que sea difícilmente imitable, lo imitable no es ventaja competitiva por cuanto no es posible sostenerla en el futuro.

b. *Eleve su eficiencia operacional hasta lograr estándares mundiales.* Lo cual es un componente de la competitividad, si no se tiene posición estratégica definida puede convertirse en un combate por la imitación; la productividad es un aliado de la ventaja competitiva sostenible, pero no la determina. Los estilos de gestión integral y singular fruto de la innovación permite la entrega de los bienes y servicios en condiciones de acuerdo con las necesidades del consumidor.

c. *Desarrolle ventajas en toda la cadena de valor.* La organización es una cadena que crea valor para los grupos de interés que la rodea, en la cadena de valor se encuentra la fuente de la ventaja competitiva y dentro de ella la actividad se constituye en unidad de análisis estratégico.

d. *Pase del oportunismo a la estrategia.* Pasar del oportunismo al crecimiento con enfoque estratégico permanente, cuando se crece en el oportunismo, hay incremento de la rivalidad, la cual trae un deterioro de la rentabilidad sectorial, construya la estrategia de su negocio de manera ordenada y sin bilocar.

e. *Construya marca como uno de los efectos fundamentales del sistema.* La marca es un elemento fundamental de la gestión, sin embargo, hay marcas sin rentabilidad, aunque la lucha de la organización no es por conseguir marca, más bien se trata de construir una ventaja competitiva

sostenible que permita irse posicionando en la mente del consumidor, accionista, trabajador, proveedores y con ello crear valor para todos.

f. *Invierta Siempre*. La inversión es aún más importante si tenemos en cuenta que las causas más reconocidas de la innovación, que derivan ventajas competitivas, son las siguientes: en nuevas tecnologías, en nuevas o cambiantes necesidades del comprador, en la aparición de nuevos segmentos sectoriales, en los cambios en los costos o en la disponibilidad de los insumos, en cambio en las disposiciones gubernamentales.

Según Retrepo (2004b) si se quiere estar a tono con el mundo de los negocios, es necesaria la inversión permanente en todos los aspectos relacionados con la creación de ventaja. ¡La Inversión como motor de la ventaja competitiva sostenible!

a. *Establezca una relación directa con sus clientes*. Es indispensable atender al usuario de tal manera que se genere lealtad y, con ella, el posicionamiento de la marca. Estar cerca permite conocerlo mejor y disminuir su capacidad de negociación. Para Porter y seguidores, el mayor afán consiste en dominar los canales, por cuanto en muchos negocios, la mejor parte está allí. No importa si un producto se originó en el primer mundo o en cualquier otro, lo importante es que los fabricantes satisfagan las necesidades fundamentales de los clientes.

b. *Expanda su comercio a los países vecinos*. Porter recomienda hacerlo serenamente, abordando primero los países vecinos, con el propósito de conocer el proceso exportador e ir agregando valor; luego incursionando en los grandes mercados. Se trata de aprovechar las oportunidades de la globalización.

c. *“Organizaciones que aprenden”*. En consecuencia, apropiamos el pensamiento sistémico, con la propuesta de las organizaciones que aprenden, organizaciones inteligentes de Peter Senge, hoy por hoy, se requiere un nuevo tipo de administración aprovechando las herramientas del pensamiento sistémico, apropiárselas e introducirlas en las diversas empresas, es preciso llevar estas ideas a la práctica, materializado en un servicio pediátrico integral de salud.

En efecto, el Modelo de negocio que más se identifica con el modelo conceptual de Porter es el que presenta Osterwalder (2004), quien lo define como la representación simplificada de la lógica de negocio de una empresa. En él se describe lo que la empresa ofrece a sus clientes como: la propuesta de valor, la forma en que esta llega, cómo son los canales de distribución y se relaciona con ellos, o sea relaciones, a través de qué recursos, cómo son las competencias esenciales, las actividades como configuración de valor y socios lo logra la red de socios, y por último, como gana dinero o los aspectos financieros (Carlos, 2006).

2.5. Modelo Canvas. Como explica Osterwalder (2008), en el libro Generación de modelos de negocio, “la mejor manera de describir un modelo de negocio es dividirlo en nueve módulos básicos que reflejen la lógica que sigue una empresa para conseguir ingresos. Estos nueve módulos cubren las cuatro áreas principales de un negocio: clientes, oferta, infraestructuras y viabilidad económica”.

Lo que plantea el modelo Canvas, sostiene Megías (2010), es que “tienes una propuesta de valor, que es lo que te hace especial en el mercado. La propuesta de valor se tiene que llevar a una serie de clientes, con los que tendrás que establecer una serie de relaciones. Y para llevar esa propuesta de valor a los clientes, se tiene que hacer a través de unos canales comerciales, Internet, tiendas offline, etc.

Eso sería de puertas hacia fuera. De puertas hacia dentro, se tiene las actividades y los recursos clave, es decir, lo que obligatoriamente tienes que hacer y lo que es crítico dentro de tu modelo de negocio, y los socios clave con los que vas a trabajar”. Y por último, y no menos importante que los otros siete elementos, la estructura de costes y las líneas de ingresos de tu negocio.

- **Asociaciones clave.**

Entre los emprendedores, cada día, hay un mayor interés por establecer acuerdos de colaboración con terceros para compartir experiencias, costes y recursos (socios estratégicos, socios



industriales, socios inversores, economías de escala, etc.) que les permitan diseñar, desarrollar y gestionar sus proyectos de negocio.

Como señala Megías (2010), la pregunta es: “¿Con qué alianzas vas a trabajar? Este es un aspecto que cada día se está potenciando más. Es lo que se conoce como innovación abierta, ya que un emprendedor tiene que trabajar en un ecosistema con más gente y con más emprendedores”.

- **Estructura de costes**

Un aspecto que no se tiene muy en cuenta cuando se define el modelo de negocio es cuándo cobra tu empresa. El santo grial de los financieros son las necesidades operativas de financiación que tiene que ver con ¿cobras de tu cliente antes de pagar a tus proveedores?.

Carpintier recomienda “definir cómo financiarás un negocio que, al principio, no es rentable. Haz un análisis de tesorería y calcula qué dinero necesitarás en el tiempo hasta que seas rentable”. Por eso, el modelo de negocio es un todo: “Hasta que alcanzas el breakeven, la rentabilidad está en negativo.

Riera recomienda calcular cuánto ganas de cada venta y de qué manera contribuye a cubrir parte de los costes de estructura, y las pérdidas iniciales: “Analiza tu capacidad y velocidad de llegar a breakeven. Calcula qué inversión inicial necesitarás, qué parte para cubrir las pérdidas iniciales hasta llegar al punto muerto. Calcula el ciclo de venta hasta que llega el dinero a tu bolsillo, que suele ser mucho más largo de lo previsto. Hay previsiones que dicen que tendrás ventas a partir del segundo mes y, según qué mercado, puedes estar más de seis meses invirtiendo sin generar ingresos”.

- **Tu propuesta de valor.**

Es aquello que te hace diferente de la competencia, pero sin olvidar un pequeño detalle: aquello que te hace diferente y por lo que tu cliente está dispuesto a pagarte. Puedes tener la idea del

siglo, pero si no tienes clientes, de nada sirve. Ambos –propuesta de valor y cliente– se necesitan como el oxígeno para respirar.

## 2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

A continuación se presenta la operacionalización de variables, ver tabla 2.

Tabla 2. Operacionalización de variables.

<b>OPERACIONALIZACION DE VARIABLES</b>	
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>	<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>
MODELO DE NEGOCIO SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL PEDIÁTRICO	PROPUESTA DE VALOR
	CLIENTES CLAVE
	ACTIVIDADES CLAVE
	RECURSOS CLAVE
	SOCIOS CLAVE
	RELACIONES CON LOS CLIENTES
	CANALES DE DISTRIBUCIÓN
	FUENTES DE INGRESOS
	ESTRUCTURA DE COSTOS

Fuente. Mendoza & Mejía, (2014).

### 3. DISEÑO METODOLÓGICO.

#### 3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Al diseñar un modelo de atención en salud pediátrica integral en Cartagena, se requiere determinar las necesidades y expectativas de los clientes (Pacientes-Niños), los segmentos a atender y el sistema de información que soportaría el servicio, estos aspectos llevan a considerar que es una investigación de tipo descriptiva donde cada elemento o característica es relevante para el diseño del modelo y su viabilidad.

#### 3.2 POBLACION Y MUESTRA

##### 3.2.1 Población.

La población proyectada de Cartagena para el 2009 era de 933946 habitantes, de los cuales 319265 están en edades entre 0 y 17 años, así mismo de estos el 9% 28733 son de estratos 4,5 y 6. Alcaldía Mayor de Cartagena, (2010).

##### 3.2.2 Muestra.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

N = Total de la población

Z = 1,96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p= Proporción esperada (en este caso 5%)

q= 1-p (en este caso 1-0,05 = 0.95)

d= Precisión (se usa para esta investigación 5%).

$$n = \frac{28733 * (1,96)^2 * 0,05 * 0,95}{(0,05)^2 * (28733 - 1) + (1,96)^2 * 0,05 * 0,95}$$

$$(0,05)^2 * (28733 - 1) + (1,96)^2 * 0,05 * 0,95$$

n= Personas a encuestar.

$$n = \frac{28733 * 3.8416 * 0.05 * 0.95}{0.025 * (28732) + 3.8416 * 0.05 * 0.95}$$

$$n = \frac{5243.08291}{718.48}$$

$$n = 7.29$$

### 3.3 FUENTES Y TÉCNICAS PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.3.1 Fuentes Primarias. La fuente de información primaria que se utilizarán para la investigación está relacionada con instrumento de encuesta que se aplicará a las familias y personal médico a asociarse, con el fin de determinar la aceptación del modelo de atención en salud pediátrica integral en Cartagena.

3.3.2 Fuentes Secundarias. La fuente de información secundaria se conseguirá por medio de medio de bibliografía especializada, cámara de comercio, DANE, Minsalud, entre otras.

### 3.4 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Una vez se halla recolectado toda la información de las necesidades, expectativas y características de los segmentos se procederá a diseñar el plan de negocio, así mismo se tabulará, graficará e interpretará la información de la encuesta que se aplicará a la muestra seleccionada, la cual ayuda a determinar si hay potenciales clientes para el servicio o no.

## 4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.1. SITUACIÓN DE LA SALUD.

#### 4.1.1. Situación mundial de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “el estado de bienestar completo en los aspectos físicos, mentales y sociales del ser humano y no solo la ausencia de enfermedades o padecimientos”. (Organización Mundial de la Salud, 1948). La salud integral es el bienestar físico, psicológico y social y va mucho más allá del sistema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. También es “Un proceso dinámico de interrelación entre el individuo y su entorno social, económico, cultural, ambiental y político; que contribuye a su bienestar físico, mental, social y espiritual”.

Elementos centrales de la conceptualización:

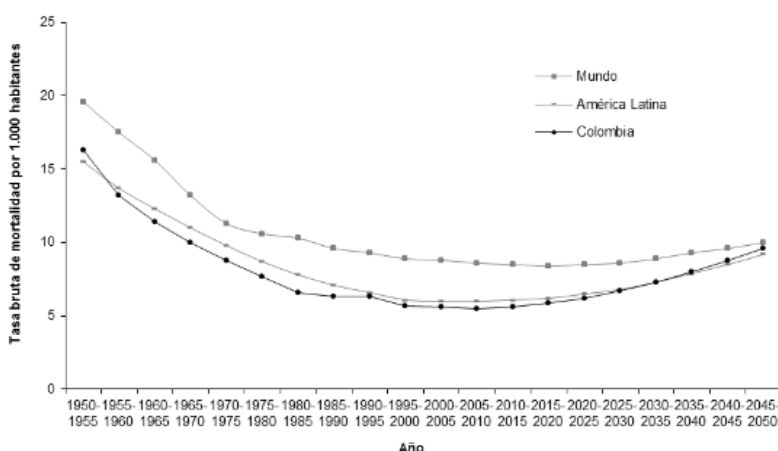
- Primero: el individuo es un ser biológico, psicológico, social y espiritual.
- Segundo: la salud integral es un proceso de interrelación entre el individuo y su entorno.
- Tercero: el entorno del individuo está compuesto de aspectos sociales, económicos, culturales, ambientales y políticos.

Ahora bien la OMS (2013), en su informe sobre salud mundial señala que su prioridad esta en atacar y reducir el VIH, la tuberculosis, el paludismo y las enfermedades tropicales.

#### 4.1.2. Situación de la salud en Colombia.

En necesario revisar la situación de la salud en Colombia, según la Encuesta Nacional de Salud, (2007), la tasa bruta de mortalidad por cada mil habitantes se encuentra muy por debajo de la del mundo y levemente por debajo de la de américa latina, sin embargo, tanto en esos casos como en el de Colombia esta va a tender a incrementarse, ver grafica 1.

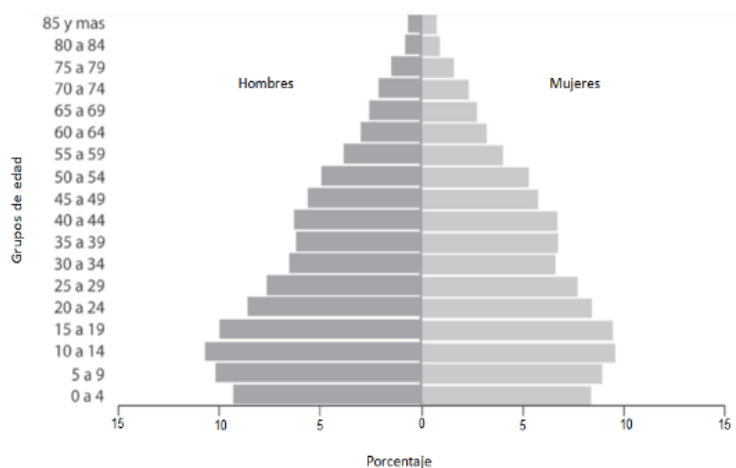
Gráfica 1. Tasa bruta de mortalidad (por mil habitantes). Mundo, América Latina y el Caribe y Colombia, 1950-2050.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, ENS-2007.

Para el caso de la estructura poblacional por edad y sexo esta sigue teniendo forma piramidal, pero llama la atención dos aspectos, relativamente se viene reduciendo la tasa de natalidad haciendo que a futuro haya una tendencia a pasar a una forma recta de edificio y por el otro lado el incremento de la población en edades superiores a los 65 años y más, que para el caso de la salud hace que tenga que tomarse estrategias y acciones para asegurar una buena salud en niños tanto como en ancianos. Ver gráfica 2.

Gráfica 2. Estructura de la población por edad y sexo. Colombia, ENS 2007.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, ENS-2007.

En cuanto a la distribución porcentual de la nutrición en Niños menores de 6 años, se encontró que un 73.9% está en niveles normales, y de manera casi similar los que presentan exceso o déficit de nutrición, ver tabla 3.

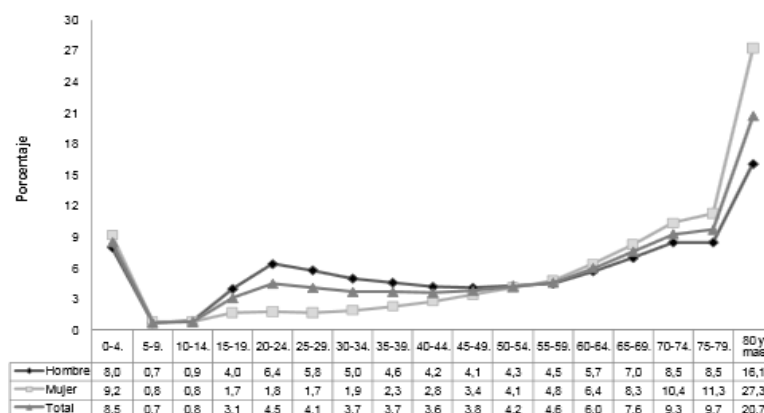
Tabla 3. Distribución porcentual de la situación nutricional de los niños menores de 6 años.  
Colombia, 2005

Situación nutricional	Distribución porcentual	
	No.	%
Exceso	4.327	13,0
Normal	24.544	73,9
Déficit	4.361	13,1
<b>Total</b>	<b>33.232</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, ENS-2007.

En general la tasa de defunciones entre 0 y 4 años es similar en ambos sexos y se sitúa en un 9% y para los rangos 5 a 8 y 10 a 14, desciende abruptamente, volviendo a crecer más lentamente y disparándose a partir de 70 a 74 y de 75 a 79 años, llama la atención el caso en que en edades tempranas mueren más hombres y en edades de adulto mayor mueren más mujeres, ver grafica 3.

Gráfica 3. Distribución porcentual de las defunciones por sexo y grupo de edad. Mortalidad Registrada. Colombia 1998-2007.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, ENS-2007.

En cuanto a la razón o motivo de no buscar ayuda o consulta médica el 34% no lo hizo pues los síntomas desaparecieron, un 11,7% por descuido, un 9,1 por que considera que las consultas tienen un alto costo y otros pocos por horario, la atención no es la adecuada, ver tabla 4.

Tabla 4. Distribución de las razones por las cuales los cuidadores no consultaron o buscaron ayuda por asuntos relacionados con la salud de los menores de seis años. Colombia, 2007.

Principal razón por la cual los cuidadores no consultaron o buscaron ayuda	Distribución de frecuencias	
	No.	%
Le hacen esperar mucho para atenderlo	76	3,3
Descuido	270	11,7
El problema se resolvió solo o se ha sentido bien	786	34,0
El seguro no cubría o no le autorizaron la atención	18	0,8
Fue pero no lo atendieron	46	2,0
La consulta es muy cara o no tenía dinero	210	9,1
Le dio miedo, nervios o pena	18	0,8
Los horarios no le sirven o no tenía tiempo	46	2,0
Mala atención	45	1,9
Mucho trámite en EPS/ARS/IPS	51	2,2
No confía en los médicos o en quienes lo atienden o no cree	22	1,0
No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	64	2,8
No le gusta ir	14	0,6
No sabía que tenía derecho	3	0,1
No sabe dónde prestan el servicio	5	0,2
No tenía dónde acudir	68	2,9
Pensó que no era necesario consultar	483	20,9
Sitio de atención es muy lejano	90	3,9
<b>Total</b>	<b>2.313</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, ENS-2007.

En cuanto al tipo de persona que asumió los gastos un 82,1% fue la EPS, un 7,9% la secretaria de salud, un 2,9% el SOAT, un 2,9% la familia, un 2,4% la medicina prepagada, respectivamente, ver grafica 4.



Gráfica 4. Tipo de persona o entidad que asumió los gastos de la atención por urgencias.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, ENS-2007.

#### 4.1.3. Situación de la salud en Cartagena.

La ciudad de Cartagena está localizada en el Norte del departamento de Bolívar sobre la orilla del Mar Caribe. Se encuentra a 10° 25' 30" latitud norte y 15° 32' 25" de longitud oeste respecto al Meridiano de Greenwich.

Se encuentra en una zona costera típica, accidentada e irregular, conformada por procesos geológicos relacionados con el mar. Entre los elementos geográficos más importantes de la ciudad se encuentran las formaciones insulares de Barú y Tierra Bomba junto con otras islas menores, el Archipiélago del Rosario, la Bahía de Cartagena, Bahía de Barbacoas, y lagunas costeras como la ciénaga de Tesca o de la Virgen.

Observando el comportamiento de la población de Cartagena para el año 2011 y de acuerdo a las proyecciones oficiales realizadas por el DANE(2005), se estima que durante este periodo, el Distrito presentó una población total 956.181, de la cual el 51.79% corresponde al sexo femenino y el 48,21% restante al sexo masculino. Se promedió una densidad poblacional de 1570 habitantes por kilómetro cuadrado. La tasa de natalidad (NV/Pob. Total)\*1000, a Diciembre del 2011 en Cartagena se encuentra en el orden de 19,79 nacimientos por cada 1.000 habitantes, (DANE, 2005).

- Fecundidad.

Si bien en Colombia la fecundidad ha venido decreciendo desde mediados de la década de los años sesenta, se encuentran aún hoy día grupos de población con fecundidad relativamente alta. La reducción de la fecundidad es importante, además, porque conlleva la reducción de la mortalidad infantil y materna.

En Cartagena la tasa general de fecundidad (TGF) fue de 74,27 nacimientos por mil mujeres en edad fértil y la tasa global de fecundidad es de 2.43 hijos por mujer, similar a la nacional.

En cuanto al servicio de transporte de pacientes se distribuye en 71% transporta básico asistencial, un 31% de asistencial medicalizado y un 3% marítimo, ver tabla 5.

Tabla 5. Disponibilidad de transporte de pacientes.

	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Total</b>
Transporte asistencial básico	7	34	41
Transporte asistencial medicalizado	2	23	25
Transporte marítimo	1	0	1
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>57</b>	<b>67</b>

Fuente. Perfil epidemiológico de Cartagena de Indias, año 2011.

Por otro lado, la cobertura general de la población asegurada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (2011) – SGSS; en el Distrito de Cartagena para el año 2011 fue de 96,02%, en donde el 42,9% corresponden al régimen subsidiado, el 53,12% al régimen contributivo y una población no afiliada del 3,98%. Poblaciones especiales como

indígenas y desplazados, contaron también con afiliación al SGSSS, representando el 3,34% de la población en régimen subsidiado, ver tabla 6.

Tabla 6. Afiliados al Sistema General de Seguridad Social-2011.

<b>Régimen</b>	<b>Población</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Régimen subsidiado	410.226	42,90%	42,90%
Régimen contributivo	507.888	53,12%	96,02%
No afiliados	38.067	3,98%	100,00%
<b>Total</b>	<b>956.181</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente. Perfil epidemiológico de Cartagena de Indias, año 2011.

Coosalud se consolidó como la EPS Subsidiada con más personas afiliadas, en total 132.219, lo que corresponde a un 32,23% del total de afiliados EPS del régimen subsidiado. Mientras que en el régimen contributivo el mayor volumen de usuarios lo obtuvo Salud Total con el 30,33%, seguido de Coomeva con un 28,29%, ver tabla 7.

Tabla 7. Afiliados al Sistema Subsidiado por EPS 2011.

<b>EPS S</b>	<b>No de Afiliados</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
COOSALUD	132.219	32,23%	32,23%
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGENA - COMFAMILIAR CARTAGENA	102.277	24,93%	57,16%
ASOCIACIÓN MUTUAL SER	74.754	18,22%	75,39%
CAPRECOM	33.372	8,14%	83,52%
EMDISALUD	24.597	6,00%	89,52%
COMPARTA	24.445	5,96%	95,48%
SOLSALUD	18.562	4,52%	100,00%
<b>TOTAL</b>	<b>410.226</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente. Perfil epidemiológico de Cartagena de Indias, año 2011.

En cuanto al régimen contributivo la mayor participación la tiene Salud total, seguida de COOMEVA, Nueva EPS y SALUDCOOP con el 82.2%, ahora entre todas tienen más de

500.000 mil afiliados, que gran parte de esta población es potencial usuario del modelo de negocio a proponer, ver tabla 8.

Tabla 8. Afiliados al régimen Contributivo por EPS 2011

<b>EPS C</b>	<b>No de Afiliados</b>	<b>Porcentaje</b>
SALUD TOTAL	155.142	30,33%
COOMEVA	144.731	28,29%
NUEVA EPS	72.588	14,19%
SALUDCOOP	52.590	10,28%
SUSALUD EPS	19.846	3,88%
CAFESALUD	16.876	3,30%
SALUD COLMENA EPS	10.245	2,00%
E.P.S SANITAS	9.971	1,95%
HUMANA VIVIR	9.146	1,79%
FONDO FERROCARRILES	6.358	1,24%
EPS FAMISANAR	5.616	1,10%
GOLDEN GROUP	3.744	0,73%
SALUD VIDA	2.666	0,52%
SOLSALUD EPS	1.591	0,31%
SERV.MED.COLPATRIA	222	0,04%
MULTIMEDICAS	125	0,02%
E.P.S. SOS	50	0,01%
COMFENALCO ANTIOQUIA	6	0,00%
COMFENALCO VALLE	3	0,00%
RED SALUD HUMANA	2	0,00%
COMPENSAR E.P.S.	1	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>511.519</b>	<b>100,00%</b>

Fuente. Perfil epidemiológico de Cartagena de Indias, año 2011.

- Morbilidad general.

El criterio más acertado y preciso para la definición de los cambios en la salud de la población está dado por el conocimiento y análisis de la morbilidad.

Cada enfermedad es el resultado de la interacción entre el organismo y el medio ambiente, la morbilidad de colectivos que tienen condiciones de trabajo y de vida comunes, se debe principalmente al carácter y la intensidad de los factores adversos. Estos estudios permiten el seguimiento mediante evaluaciones periódicas.

De acuerdo a la información suministrada por la ESE Hospital Local Cartagena de Indias, durante el año 2011, para el Primer Nivel de Atención en Salud se puede

observar que la morbilidad general sigue presentado un comportamiento similar a la de los años anteriores, con el predominio de patologías de tipo infeccioso, particularmente infección respiratoria aguda (IRA), infecciones intestinales (EDA), de la piel e infecciones urinarias (IVU).

Así, la rinofaringitis aguda aun es el primer motivo de consulta en los servicios médicos de urgencias y consulta externa afectando principalmente a mujeres jóvenes. Siguen en orden de importancia la hipertensión esencial (primaria) las enfermedades diarreicas aguda y las enfermedades infecciosas de la piel y de las vías urinarias, esta última con una relación femenino: masculino de 3:1.

La aparición como tercera causa de morbilidad médica en urgencias de las heridas y traumas muestra un patrón de comportamiento similar al de los años anteriores, con una relación masculino: femenino de 2:1, el cual puede ser un indicador indirecto del aumento de la violencia en el Distrito, aun cuando estos diagnósticos no permiten establecer una clasificación en cuanto al origen de los traumas, (Organización Panamericana de la Salud, 2012)

- Consulta médica general.

La ESE Cartagena de Indias representa una Institución prestadora de servicios de salud del primer nivel de complejidad que brinda servicios de salud aproximadamente al 70% del total de la población subsidiada de Cartagena, prestando atención de la morbilidad médica odontológica de consulta externa y urgencias y aproximadamente el 90% para actividades de promoción y prevención.

Para el año 2011 registró 654.734 consultas médicas generales de estas el 12.33% corresponden a infecciones respiratorias, las infecciones respiratorias agudas de las vías respiratorias inferiores no especificadas aportan el 1.03% de este porcentaje, en general ocupando un status en las 20 primeras causas de consulta, ver tabla 9.

Tabla 9. Morbilidad General ESE Cartagena de Indias 2011.

CAUSAS	M	%	F	%	TOTAL	1
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMÚN)	22771	3.48	32188	4.92	54959	8.
HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	12754	1.95	34801	5.32	47555	7.
DOLOR ABDOMINAL Y PÉLVICO	7503	1.15	20376	3.11	27879	4.
CEFALEAS INCLUIDAS MIGRAÑA	5830	0.89	21536	3.29	27366	4.
ENFERMEDADES DE LA PIEL	10641	1.63	16111	2.46	26752	4.
ENFERMEDADES PARASITARIAS	10927	1.67	14018	2.14	24945	3.
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	4787	0.73	15261	2.33	20048	3.
SINTOMAS DE PIREXIA	9309	1.42	10149	1.55	19458	2.
INFECCIÓN AGUDA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	7327	1.12	11712	1.79	19039	2.
HERIDAS Y TRAUMAS	11871	1.81	7054	1.08	18925	2.
ESTADO ASMÁTICO	8121	1.24	9263	1.41	17384	2.
ANEMIA	4357	0.67	12601	1.92	16958	2.
VAGINITIS		0.00	14220	2.17	14220	2.
ENFERMEDADES ÚLCERO PÉPTICAS	3496	0.53	10454	1.60	13950	2.
LUMBALGIA Y DOLOR LUMBAR	4490	0.69	8621	1.32	13111	2.
DOLOR EN ARTICULACIÓN	1958	0.30	5373	0.82	7331	1.
NAUSEAS Y VÓMITOS	3002	0.46	4010	0.61	7012	1.
INFECCIÓN AGUDA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES, NO ESPECIFICADA	3048	0.47	3717	0.57	6765	1.
ALERGIAS	2427	0.37	3419	0.52	5846	0.
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	1270	0.19	3088	0.47	4358	0.
<b>TOTAL 26 PRIMERAS CAUSAS</b>	<b>135889</b>	<b>20.75</b>	<b>257927</b>	<b>39.39</b>	<b>393816</b>	<b>60</b>
<b>TOTAL OTRAS CAUSAS</b>					<b>260863</b>	<b>39</b>
<b>TOTAL CONSULTA MÉDICA GENERAL</b>					<b>654734</b>	<b>1</b>

Fuente. ESE Cartagena de Indias, año 2011.

#### 4.1.3.1. Morbilidad por eventos bajo vigilancia en Salud Pública

- Inmunoprevenibles.

Los eventos inmunoprevenibles constituyen uno de los grupos priorizados en el Distrito para vigilancia epidemiológica, dados los compromisos de tipo social y económico tanto a nivel nacional como internacionales adquiridos en la erradicación de algunos eventos que suelen comprometer a los menores de 5 años.

- Coberturas de vacunación

Las coberturas de vacunación obtenidas en el Distrito para los distintos biológicos, es calculada según la población objeto PAI calculada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Mediante este componente se pretende optimizar la gestión y ejecución de los diferentes componentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI- con el fin de lograr el control, eliminación y erradicación de las enfermedades inmuno prevenibles de interés en salud pública.

Como se observa en la tabla 10, durante la vigencia 2008 al tercer trimestre del año 2011, se lograron coberturas útiles de vacunación en la mayoría de los biológicos del PAI así:

Tabla 10. Cobertura útiles de vacunación Cartagena de Indias 2008-2011.

BIOLÓGICO	AÑO			
	2008	2009	2010	2011
ANTIPOLIO	122.30%	119%	113%	105%
BCG	129.40%	137%	122%	138%
ANTIHEPATITIS B (HB)	116.40%	120%	109%	101%
INFLUENZA (H1B)	116.40%	120%	109%	101%
DPT	116.40%	120%	109%	101%
NEUMOCOCO	Se universalizó en el año 2011			90.5%
ROTAVIRUS	Se universalizó en el año 2010		92%	95.4%
TRIPLE VIRAL	131.20%	119%	117%	111%
FIEBRE AMARILLA (FA)	103.50%	114%	98%	115%

Fuente. Perfil epidemiológico de Cartagena de Indias, año 2011.

- Antecedentes prenatales

El tiempo promedio de edad gestacional para inicio del control prenatal fue de 12 semanas de gestación, el cálculo de la mediana fue de por encima de las 7 semanas, el rango máximo fue de 31 semanas de gestación, con relación a el promedio de número de controles prenatales fue de 6.5, el 50% de los casos presentaron más de 4 controles, el rango máximo para número de controles prenatales asistidos por gestantes fue de 5 y un rango mínimo de 2, en un 28.57% de los casos estos fueron desarrollados por médico obstetra en el 71.42% de los casos médico general. En el 42.85% los casos fueron atendidos en primer nivel de complejidad, 28.57% para los II y III nivel de complejidad. En el 57.14% si hubo

clasificación del riesgo en el 42.85% no se evidenció clasificación del riesgo biopsicosocial, en los casos en los que hubo clasificación del riesgo el 50% fue por médico general y médico obstetra respectivamente, en el 42.85% de los casos se observó remisión oportuna es importante mencionar que en igual porcentaje las remisiones no fueron oportunas, (Organización Panamericana de la Salud, 2012)

- Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud más comúnmente empleados para los análisis de la situación de salud. La tasa de mortalidad infantil mide el riesgo de morir que tiene el niño antes del primer año de vida y es considerada como un indicador proxy del desarrollo, en tanto que tiene una relación directa con las condiciones de vida de una población, refleja el grado de vulnerabilidad de la población infantil, así como el grado de desarrollo alcanzado por una nación en términos de bienestar y equidad; El elemento que define adicionalmente su importancia es el impacto que tiene en la esperanza de vida nacer de las poblaciones. Este indicador se encuentra correlacionado con otros aspectos como el nivel educativo de las madres, la desnutrición y el saneamiento básico, por lo tanto puede dar respuestas sobre la relación pobreza-medio ambiente.

La tasa de mortalidad infantil para el Distrito de Cartagena en el 2007 fue de 10 por 1.000 Nacidos Vivos, manteniéndose estable con relación al año 2006. (Fuente Oficial de Planeación y Desarrollo DADIS), en 2008 era de 10,7 por cada 1.000 nacidos vivos, se redujo a 8,07, para -2009, para el año 2010 se redujo a 7,5 y para el año 2011 fue de 8,8.

La disminución de la mortalidad infantil en los últimos años en Cartagena, es el resultado de la suma de diferentes factores en pro de la niñez cartagenera, como el desarrollo de la estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes en la Infancia, AIEPI, en las EPS e IPS de la ciudad; y la inclusión de nuevos biológicos en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) como las vacunas contra el neumococo y el rotavirus, esta última a nivel nacional. Cartagena fue la primera ciudad de Colombia que inició la vacunación gratuita contra el neumococo a su población infantil, desde diciembre de 2008, sumado a otros



factores tales como el aumento de la cobertura de agua potable y alcantarillado, las cuales sin duda han mejorado la calidad de vida de la población y en particular de aquella más susceptible como son los menores de un año, (DADIS, 2008).

- Mortalidad en Menores de 5 años

La mortalidad en menores de 5 años representa uno de los indicadores de morbimortalidad más importantes en la evaluación de calidad de vida de una población, por representar ésta el grupo poblacional más vulnerable.

Los eventos que más incidencia tienen en la mortalidad en menores de cinco años son la Infección Respiratoria Aguda y la Enfermedad Diarreica Aguda, las cuales a la luz de los avances científicos actuales se consideran muerte potencialmente evitables. Factores de índole social, económico, cultural, educativo, ambiental, político, tales como saneamiento básico, pobreza, calidad y acceso a servicios de salud, entre otros favorecen la presentación de éstos eventos entre las comunidades con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas.

Así, en Cartagena la mortalidad en menores de 5 años representó una incidencia de 22,2 por cada 10.000 niños menores de 5 años (190 casos) en el 2011, superando a la calculada para el año 2010 la cual fue de 20,79 por 10.000 menores de cinco años (179 casos), según DADIS (2012).

#### 4.2. NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES (PACIENTES-NIÑOS) Y PERSONAL MÉDICO PARA UN MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PEDIÁTRICA INTEGRAL EN CARTAGENA.

4.2.1. Resultados de la encuesta aplicada a las familias. A continuación se presentan los resultados de la encuesta aplicada a las familias para diseñar un modelo de negocio de un servicio de atención en salud pediátrica integral en Cartagena: “Centro Integral Pediátrico del Caribe”.

El 100% de los encuestados estaría de acuerdo con un servicio integral de atención pediátrica en la ciudad de Cartagena. Ver tabla 11.

Tabla 11. Considera necesario un servicio integral de atención pediátrica, que brinde una interrelación de especialidades, en un solo lugar, integrado tecnológicamente con apoyo de un sistema de información, amigable con las apps, por medio de una membresía.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Totalmente de acuerdo	7	100,0	100,0	100,0

Fuente. Elaboración propia con base en resultados de la encuesta

Seis de los encuestados equivalentes a 11.1% respectivamente están de acuerdo con las necesidades de Diagnóstico integral, Atención integral, Posibilidad de interactuar con el personal médico, Servicios conexos de laboratorio y diagnóstico, Prevención de enfermedades y Servicio pos servicio, y los otros servicios no manifiestan una necesidad completa. Ver tabla 12.

Tabla 12. Necesidades en salud pediátrica que en la actualidad serian demandadas por las familias

	Respuestas		Porcentaje de casos
	N	Porcentaje	
Salud <sup>a</sup> Rapidez en el servicio	5	7,9%	71,4%
Diagnóstico integral	7	11,1%	100,0%
Servicio de Atención personalizada	6	9,5%	85,7%
Atención integral	7	11,1%	100,0%
Información en tiempo real	6	9,5%	85,7%
Posibilidad de interactuar con el personal médico	7	11,1%	100,0%
Servicios de transporte	4	6,3%	57,1%
Servicios conexos de laboratorio y diagnóstico	7	11,1%	100,0%

Prevencción de enfermedades	7	11,1%	100,0%
Servicio pos servicio.	7	11,1%	100,0%
Total	63	100,0%	900,0%

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 5.

Fuente. Elaboración propia con base en resultados de la encuesta

De las personas encuestadas las siete equivalente a un 8,4% consideran que se deben prestar servicios de Pediatría general, Laboratorio clínico, Rayos X, Servicio de ambulancia, Servicio de urgencias, Otorrinolaringología y Seguimiento a la salud, mientras que los otros servicios no son considerados en su totalidad por los encuestados. Ver tabla 13.

Tabla 13. Servicios que considera se deben ofrecer en un servicio de salud integral

	Respuestas		Porcentaje de casos
	N	Porcentaje	
Integrales <sup>a</sup> Pediatría general	7	8,4%	100,0%
Neumo-pediatría	5	6,0%	71,4%
Laboratorio clínico	7	8,4%	100,0%
Rayos X	7	8,4%	100,0%
Radiología	3	3,6%	42,9%
Neuro-pediatría	4	4,8%	57,1%
Fisioterapeutas	3	3,6%	42,9%
Neurología	4	4,8%	57,1%
Oftalmología	5	6,0%	71,4%
Cardiología	4	4,8%	57,1%
Ortopedia	6	7,2%	85,7%
Servicio de ambulancia	7	8,4%	100,0%
Servicio de urgencias	7	8,4%	100,0%
Otorrinolaringología	7	8,4%	100,0%
Seguimiento a la salud	7	8,4%	100,0%
Total	83	100,0%	1185,7%

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 5.

Los siete clientes potenciales encuestados consideran que cada uno de los servicios adicionales propuestos para el centro de salud integral se debe prestar. Ver tabla 14.

Tabla 14. Servicios adicionales que debe tener el centro de atención integral en salud pediátrica

	Respuestas		Porcentaje de casos
	N	Porcentaje	
Servicios <sup>a</sup> Cafetería	7	25,0%	100,0%
Droguería	7	25,0%	100,0%
Parque Infantil	7	25,0%	100,0%
Sala de juegos	7	25,0%	100,0%
Total	28	100,0%	400,0%

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 5.

Fuente. Elaboración propia con base en resultados de la encuesta

Un 26,9% respectivamente considera que el medio o canal de comunicación debe ser directo, por medio de la página web y apps, mientras que un 19,25 manifiesta que por todos los medios mencionados.

El 57,2% de los encuestados manifiesta que están totalmente de acuerdo en que los servicios a prestar estén concentrados en un solo edificio, un 28,5% manifestaron estar de acuerdo que también se encuentre todo en un solo edificio, y tan solo un 14,3% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo. Ver tabla 15.

Tabla 15. Opinión respecto a que el servicio se concentre en un solo lugar.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Totalmente en desacuerdo				
Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo	1	14,3	14,3	14,3
De acuerdo	2	28,5	28,5	42,8
Totalmente de acuerdo	4	57,2	57,2	100,0
Total	7	100,0	100,0	

Fuente. Elaboración propia con base en resultados de la encuesta

El 71,43% de los potenciales clientes pertenecen al estrato 5, y un 28,57% son de estrato cuatro. Ver tabla 16.

Tabla 16. Estrato al que pertenecen las familias

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Cuatro	2	28,6	28,6	28,6
Cinco	5	71,4	71,4	100,0
Total	7	100,0	100,0	

Fuente. Elaboración propia con base en resultados de la encuesta

El 57,1% de las personas encuestadas viven en el barrio manga, un 14,3% respectivamente vive en los barrios de pie de la popa, crespo y recreo. Ver tabla 17.

Tabla 17. Barrio en el que viven las familias

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Manga	4	57,1	57,1	57,1
Pie de la Popa	1	14,3	14,3	71,4
Crespo	1	14,3	14,3	85,7
Recreo	1	14,3	14,3	100,0
Total	7	100,0	100,0	

Fuente. Elaboración propia con base en resultados de la encuesta

De las siete familias encuestadas el 100% tiene un hijo varón. Ver tabla 18.

Tabla 18. Número de hijos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Uno	7	100,0	100,0	100,0

Fuente. Elaboración propia con base en resultados de la encuesta

El 42,9% de los encuestados no tiene hijas hembras, un 42,9% tienen una hija y un 14,3% tienen tres hijas. Ver tabla 19.

Tabla 19. Número de hijas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Cero	3	42,9	42,9	42,9
Uno	3	42,9	42,9	85,7
Tres	1	14,3	14,3	100,0
Total	7	100,0	100,0	

Fuente. Elaboración propia con base en resultados de la encuesta

El 36,8% equivalente a siete personas respectivamente considera que la relación con los clientes debe ser de manera personal y por medio de Apps y la web, mientras que un 26,3% considera que la relación de comunidades con otros pacientes. Ver tabla 20.

Tabla 20. Relación con los clientes

	Respuestas		Porcentaje de casos
	N	Porcentaje	
Cientes <sup>a</sup> Relación personal	7	36,8%	100,0%
Auto servicio (por medio de apps y la web)	7	36,8%	100,0%
Relación de comunidades con otros pacientes	5	26,3%	71,4%
Total	19	100,0%	271,4%

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 5.

Fuente. Elaboración propia con base en resultados de la encuesta

Un 26,9% respectivamente considera que el medio o canal de comunicación debe ser directo, por medio de la página web y apps, mientras que un 19,2% manifiesta que por todos los medios mencionados. Ver tabla 21.

Tabla 21. Canal de comunicación.

	Respuestas		Porcentaje de casos
	N	Porcentaje	
Comunicación <sup>a</sup> Canal directo	7	26,9%	100,0%
Página Web	7	26,9%	100,0%
APPS	7	26,9%	100,0%
Todos los anteriores	5	19,2%	71,4%
Total	26	100,0%	371,4%

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 5.

Fuente. Elaboración propia con base en resultados de la encuesta

El 100% de los encuestados manifiesta estar de acuerdo con pagar una membresía y sostenimiento fijo por la prestación de los servicios. Ver tabla 22.

Tabla 22. Estaría dispuesto a pagar membresía y sostenimiento fijo por este servicio integral

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 5	7	100,0	100,0	100,0

Fuente. Elaboración propia con base en resultados de la encuesta

4.2.2. Percepción y consideración de médicos con especialidades que se asociaran a un servicio de atención integral en pediatría.

El 80% de los médicos encuestados están totalmente de acuerdo en que habría familias interesadas en afiliarse a un servicio de atención integral en salud pediátrica, un 10% considera

que la familias estarían de acuerdo y el otro 10% no estarían ni de acuerdo ni en desacuerdo. Ver tabla 23,

Tabla 23. Percepción del personal médico sobre el interés de las familias en afiliarse a un servicio de atención integral en salud pediátrica en Cartagena

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo	1	10,0	10,0	10,0
De acuerdo	1	10,0	10,0	20,0
Totalmente de acuerdo	8	80,0	80,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

Fuente. Elaboración propia con base en resultados de la encuesta.

El 24% de los médicos considera que las necesidades en salud pediátrica más demandadas serían posibilidad de poder interactuar con el personal médico, un 16% respectivamente considera que atención integral, información en tiempo real y Servicio conexos de laboratorio y diagnóstico y un 8% respectivamente necesidades de diagnóstico integral y servicio de atención personalizada. Ver tabla 24.

Tabla 24. Percepción referente a las necesidades de las familias.

		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
Necesidades Pediátricas <sup>a</sup>	Rapidez en el servicio	3	12,0%	50,0%
	Diagnóstico integral	2	8,0%	33,3%
	Servicio de atención personalizada	2	8,0%	33,3%
	Atención integral	4	16,0%	66,7%
	Información en tiempo real	4	16,0%	66,7%
	Posibilidad de poder interactuar con el personal médico	6	24,0%	100,0%



	Servicio conexos de laboratorio y diagnóstico	4	16,0%	66,7%
Total		25	100,0%	416,7%

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 5.

Fuente. Elaboración propia con base en resultados de la encuesta

Los médicos encuestados consideran que el centro de servicio debe ofrecer todos los servicios mencionados unos con mayor preferencias que otros como se puede observar en la tabla 25, donde un 11.1% estaría de acuerdo con el servicio de pediatría general, un 10% con los servicios de laboratorio clínico, y rayos x respectivamente, un 8.9% servicios de neuro-pediatría y fisioterapias respectivamente, un 7.8% radiología, un 6.7% neumopediatría, un 5.6% los servicios de oftalmología, cardiología, ortopedia, y servicios de urgencia respectivamente, un 4.4% seguimiento a la salud, un 3.3% otorrinolaringología y en menor porcentaje 2.2% servicio de ambulancia. Ver tabla 25.

Tabla 25. Servicios Integrales a ofrecer.

		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
Servicios integrales a ofrecer <sup>a</sup>	Pediatría general	10	11,1%	100,0%
	Neumo-pediatría	6	6,7%	60,0%
	Laboratorio clínico	9	10,0%	90,0%
	Rayos x	9	10,0%	90,0%
	Radiología	7	7,8%	70,0%
	Neuro-pediatra	8	8,9%	80,0%
	Fisioterapeutas	8	8,9%	80,0%
	Neurología	4	4,4%	40,0%
	Oftalmología	5	5,6%	50,0%
	Cardiología	5	5,6%	50,0%
	Ortopeda	5	5,6%	50,0%
	Servicio de ambulancia	2	2,2%	20,0%
	Servicio de urgencias	5	5,6%	50,0%
	Seguimiento a la salud	4	4,4%	40,0%

Otorrinolaringología	3	3,3%	30,0%
Total	90	100,0%	900,0%

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 5.

Fuente. Elaboración propia con base en resultados de la encuesta

El 35.7% de los médicos encuestados consideran que el centro de atención integral en salud pediátrica debe estar ubicado en el barrio Manga, un 21.4% en el barrio Pie de la popa y castellana respectivamente, y los otros 7.1% consideran que debe estar ubicado en el barrio Castillogrande, Centro y sector la plazuela Respectivamente. Ver tabla 26.

Tabla 26. Ubicación del centro integral.

		Respuestas		Porcentaje de casos
		N	Porcentaje	
Ubicación del centro Integral <sup>a</sup>	Castillogrande	1	7,1%	11,1%
	Centro	1	7,1%	11,1%
	Manga	5	35,7%	55,6%
	Pie de la Popa	3	21,4%	33,3%
	Sector la Castellana	3	21,4%	33,3%
	Sector SAO la plazuela	1	7,1%	11,1%
Total		14	100,0%	155,6%

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 5.

Fuente. Elaboración propia con base en resultados de la encuesta.

El 100% de los médicos encuestados considera que el centro de atención integral en salud pediátrica debe estar concentrado en un solo edificio o lugar. Ver tabla 27.

Tabla 27. Consideración que el servicio debe estar concentrado en un solo edificio o lugar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	10	100,0	100,0	100,0

Fuente. Elaboración propia con base en resultados de la encuesta

El 27.7% de los médicos considera que los servicios adicionales deberían ser parque infantil y sala de juegos para los niños respectivamente, y el otro 22.7% que debe contar con los servicios de cafetería y droguería respectivamente. Ver tabla 28.

Tabla 28. Servicios adicionales con que debe contar el Centro de atención integral frecuencias.

	Respuestas		Porcentaje de casos	
	N	Porcentaje		
Servicios adicionales a	Cafetería	5	22,7%	62,5%
	Droguería	5	22,7%	62,5%
	Parque Infantil	6	27,3%	75,0%
	Sala de juegos	6	27,3%	75,0%
	Total	22	100,0%	275,0%

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 5.

Fuente. Elaboración propia con base en resultados de la encuesta

#### 4.3. CARACTERIZACIÓN LOS SEGMENTOS (ESTRATOS 4,5 Y 6), PARA UN MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PEDIÁTRICA INTEGRAL EN CARTAGENA.

El seguimiento y monitoreo del POT es la base para construir el diagnóstico sobre el Ordenamiento territorial del Distrito de Cartagena, principalmente en lo concerniente a los aspectos Socio-económicos y su correspondiente estratificación, (Alcaldía, 2010).

A continuación se presenta el análisis de la información secundaria recolectada y procesada por el equipo a cargo de este componente, según categorías y subcategorías propuestas.

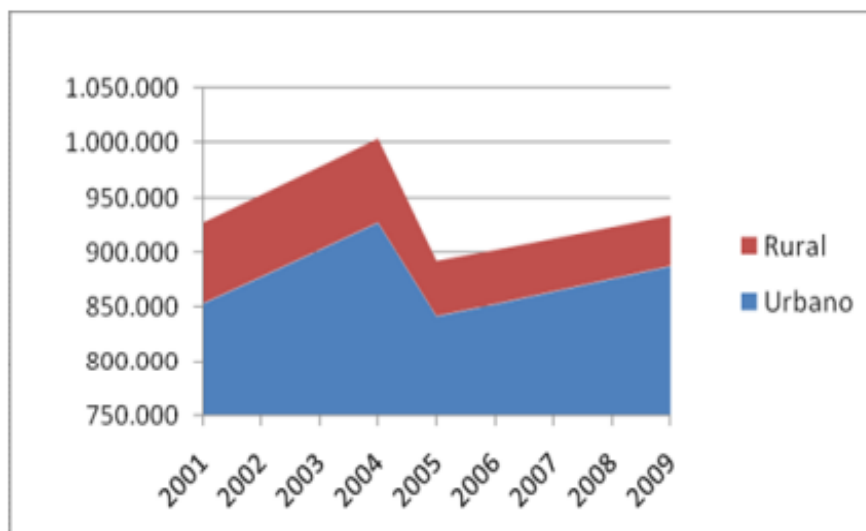
##### 4.3.1. Categoría: demografía y población

- Dinámica Poblacional

El Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE indica que durante los años 2003-2004, se hizo el mayor registro de población en la ciudad, destacándose un crecimiento importante para la población urbana. Sin embargo se observa un descenso significativo en el área rural, principalmente entre los años 2005-2007. Cada vez es más

evidente los flujos migratorios del campo a la ciudad en búsqueda de nuevas y mejores oportunidades para la subsistencia, especialmente influenciado por problemas y desigualdades propias de las áreas rurales, como el desplazamiento forzado, que agudiza la crisis humanitaria a la que están expuestos los habitantes del área rural. Ver gráfica 5.

Gráfica 5. Comparación Población Urbana – Rural.



Fuente: Datos procesados por la Universidad de Cartagena, suministrados por DANE. 2010.

En síntesis, la densidad (hab/kms<sup>2</sup>) en el sector urbano reafirma que el año 2004 tiene el mayor índice poblacional, mientras que en contraste el año 2009 muestra el índice inferior. Ver tabla 29.

Tabla 29. Comportamiento histórico de la densidad poblacional en Cartagena.

<b>Año</b>	<b>Urbano</b>	<b>Densidad Hab/Km<sup>2</sup></b>	<b>Rural</b>	<b>Densidad Hab/Km<sup>2</sup></b>	<b>Total</b>	<b>Densidad Hab/Km<sup>2</sup></b>
2001	853.566	11.231	73.551	134	927.117	1.488,1
2002	877.980	11.552	74.543	136	952.253	1.528,5
2003	902.688	11.877	75.499	138	978.187	1.570,1
2004	927.657	12.206	76.417	140	1.004.074	1.611,7
2005	842.228	11.082	50.317	92	892.545	1.432,7
2006	853.245	11.227	49.066	90	902.311	1.448,3
2007	864.746	11.378	47.928	88	912.674	1.465,0
2008	876.334	11.531	46.885	86	923.219	1.481,9
2009	888.012	11.684	45.934	84	933.946	1.499,1

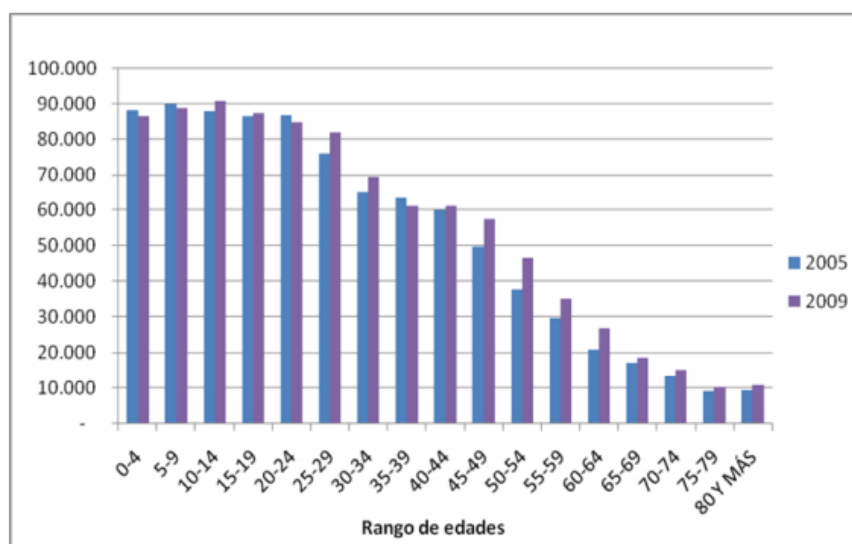
Fuente: Datos procesados por la Universidad de Cartagena, suministrados por DANE. 2010.

En lo referente a la Distribución de la población según rangos etáreos, los compendios estadísticos de Planeación Distrital y la Cámara de Comercio de Cartagena para el año 2001, muestran que los rangos más altos corresponden a los grupos 25 a 55 años y 18 a 24 años; seguido de los niños de 0-11 años, los adolescentes de 12 a 17, y por último los de la tercera edad 56 y más; en ese orden de representatividad.

Para el año 2005, se observa una modificación en el registro del DANE, los rangos más altos corresponden a los grupos de edad ubicados de 0-14 años, siguiéndole el grupo de 15 a 29 años disminuyendo considerablemente desde los 55 años y más. También es interesante destacar que en los rangos 20-70 y más años, aparecen las mujeres con el mayor índice.

Para los años 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010 los rangos ubicados entre 0-19 años se mantienen como el rango más destacado de la población, lo cual hace prever que los mayores y mejores esfuerzos para la prestación de servicios que deben enfocarse en esta población joven. Se destaca en la serie un aumento interanual de la población mayor de 50 años. Ver gráfica 6.

Gráfica 6. Distribución de la población por grupos de edades.

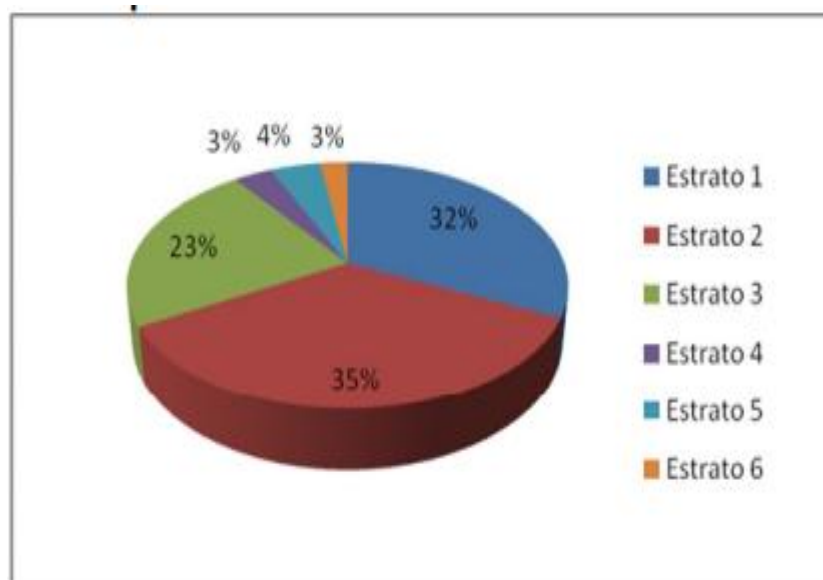


Fuente: Datos procesados por la Universidad de Cartagena, suministrados por DANE. 2010.

- Estratificación Socioeconómica.

La estructura socioeconómica de la ciudad para el 2009, contrasta en gran medida con la estimada por Planeación en el 2000; los estratos 4, 5 y 6 representan el 19.5 % de la población total; y los estratos 1,2 y 3 representan el 80.5%; en contraste para el 2009 el 90% de la población del Distrito se ubica en los estratos 1 2 y 3, siendo estos lo que registran un mayor incremento poblacional que demanda mayores y mejores Planes, Programas y Proyectos para poder cerrar este abismo entre los niveles de vida y las necesidades que representan el grueso de la población del Distrito y la minoría que son los restantes estratos, el 10% de la población total. Ver gráfica 7.

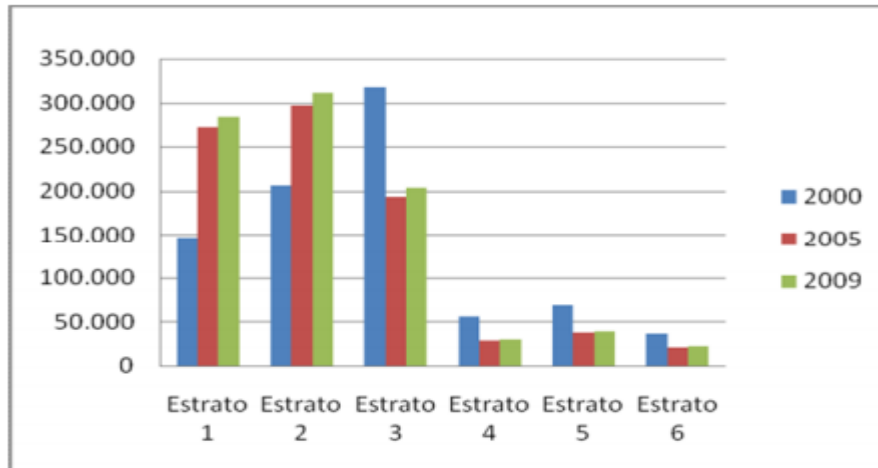
Gráfica 7. Distribución de la población por estratos socioeconómicos – 2009.



Fuente: Datos procesados por la Universidad de Cartagena, suministrados por Planeación Distrital. Cartagena Abril 2010.

Esta dinámica muestra que los estratos 1 (Bajo-Bajo) y 2 (Bajo) tienen un mayor crecimiento poblacional; los estratos 3 (Medio Bajo), 4 (Medio) y 5 (Medio Alto) lograron con mucha rapidez el decrecimiento poblacional; mientras que el estrato 6 (Alto) se mantiene. Ver gráfica 8.

Gráfica 8. Variación de la población por estratos socioeconómicos.

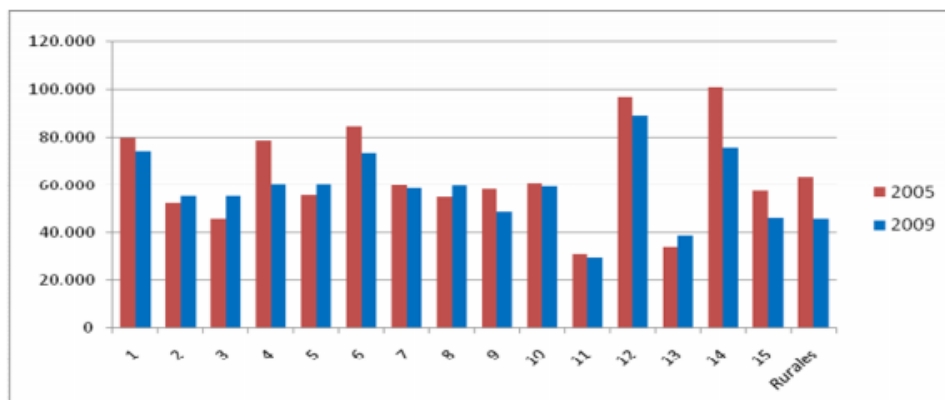


Fuente: Datos procesados por la Universidad de Cartagena, suministrados por Planeación Distrital. Cartagena Abril 2010.

- Distribución de la población en Cartagena

En lo que se refiere la distribución de la población por unidad comunera de gobierno, las más pobladas son en su orden la 14, 12, 1 y 6; las cuales tienen entre el 8 y el 10% de población. Ver gráfica 9.

Gráfica 9. Variación de la población por estratos socioeconómicos por unidad comunera.



Fuente: Datos procesados por la Universidad de Cartagena, suministrados por Planeación

#### 4.4. PROPUESTA DE MODELO DE NEGOCIO BAJO METODOLOGÍA CANVAS PARA UN SERVICIO INTEGRAL PEDIATRICO EN CARTAGENA: “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”.

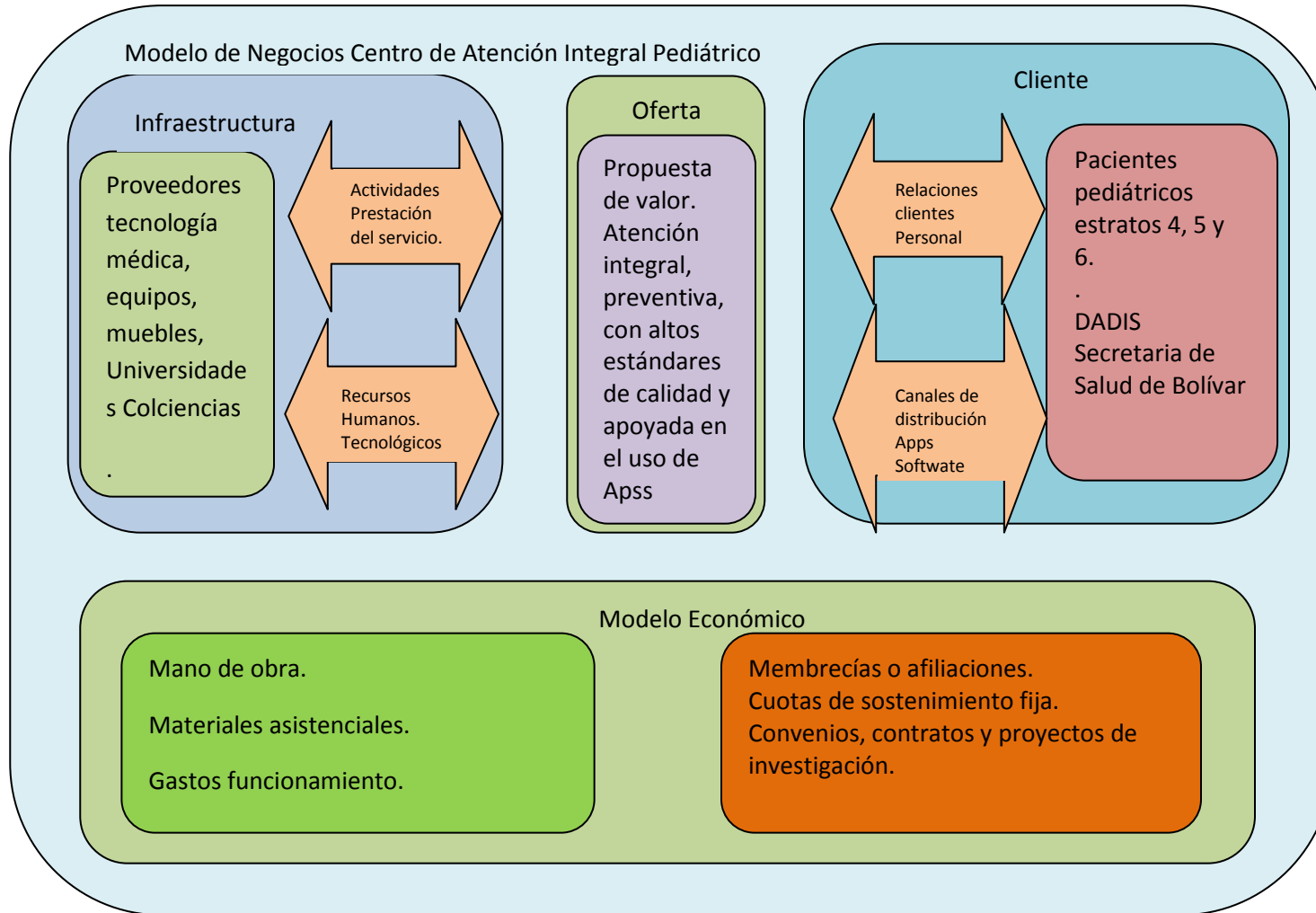
A continuación se presenta la propuesta de modelo de negocio bajo metodología Canvas para un servicio integral en Cartagena: “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”.

A partir de los resultados de las encuestas a las familias, personal médico y datos secundarios de caracterización de estratificación de Cartagena, principalmente estratos 4,5 y 6, se genera una oportunidad de negocio traducida en un servicio integral de pediatría para la atención de pacientes entre 0 y 17 años.

4.4.1. Modelo de negocios. Basado en el diseño de empresarial de CANVAS, se clasifica el Modelo de negocios del “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”, en 9 categorías y sus correspondientes sub-categorías. Ver imagen 1.



Imagen 1. Modelo de negocios “Centro de atención integral pediátrico”.



- Definición del servicio: El “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE” plantea como definición la siguiente:

“Sera el Centro de referencia en servicios integrales de pediatría en Cartagena y la región de alta complejidad y multi-especializado, manejado por un grupo interdisciplinario de personal calificado, se caracteriza por el permanente desarrollo y transferencia de conocimiento sustentado en la experiencia, formación e investigación, por tanto, será considerada como una Institución líder en la atención integral de pacientes pediátricos de manera preventiva a costos razonables, alta calidad y mayor ventaja competitiva con respecto a otras instituciones”.

- Propuesta de Valor. Es la razón por la que un paciente o quien lo lleve asiste al hospital y no se va a otra Institución, por tanto describe las características del servicio que crea valor para un determinado segmento de mercado. La propuesta de valor hace que el cliente se sienta satisfecho con la actividades que desarrolla el “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”, la propuesta de valor es innovadora y/o representa una nueva oferta servicio, otras pueden similares al mercado actual existente, pero agregando características o atributos.

La atención estará plenamente articulada durante todo el proceso desde la atención pre hospitalaria del paciente hasta su egreso, para ello se ofrece un paquete de servicios con valor agregado que satisfaga los requerimientos del cliente.

El “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”, tendrá un "Knowhow" en el manejo integral de pacientes pediátricos, motivo por el cual los clientes demandan el servicio dado que el personal médico cuenta con una experiencia y especialización de 20 años en el manejo de pacientes, logrando impacto social y ayudando en la calidad de vida a sus afiliados.

El “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”, garantizara altos estándares de calidad, mediante la medición de sus procesos y el desarrollo de indicadores que permitan el seguimiento a la gestión accediendo a cumplir con una serie de requisitos para realizar un sistema de gestión integral que incluya ISO 9001, ISO14001 y OSHAS ISO 18001.

Como “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE” reforzara la formación con calidad de talento humano en áreas relacionadas con la pediatría, induciendo a instituciones de educación superior para que brinden programas dirigidos hacia estos servicios, en la elección del Centro de Excelencia para el proceso de formación académica de sus estudiantes.

Se hace necesario para la creación del “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”, asegurar el proceso de acreditación lo que inducirá a una mejora continua en las características del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud.

Para la mejora continua de un sistema de garantía de la calidad en salud, se realizara un seguimiento periódico de indicadores, haciendo un análisis y una retroalimentación que permita dar solución mediante planes de mejora a los procesos que aún no han alcanzado su nivel de eficacia, eficiencia y efectividad.

El “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”, contara con las barreras de seguridad que garanticen la calidad en los procesos de atención, proporcionándole confianza a los pacientes y sus familias como una institución segura en la cual se controlan los riesgos y se disminuyen los eventos adversos.

Así mismo el “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”, al dársele un manejo integral que no es más que contar con un equipo interdisciplinario que ofrezca un servicio biopsicosocial a los pacientes, propiciando una sinergia entre las especialidades en la atención y preventivo tendera a disminuir los costos de atención y por ende las tarifas podrán ir reduciéndose y lograr precios muy competitivos en el mercado y luego mediante economías de escala, que es uno de los principios en salud.

Otro aspecto es el de costo efectividad como herramienta que a través de servicios oportunos y seguros, permita maximizar los beneficios a los pacientes (calidad de vida, años de vida saludables), además la mejora continua en resultados clínicos relacionados con este aspecto, lo que le garantizara la fidelidad de sus clientes.

El uso de las tecnologías de punta en los equipos clínicos que favorezcan la evolución temprana hacia la superación o prevención de la enfermedad, tratamiento quirúrgico y rehabilitación e información virtual.

La gestión del conocimiento como un aspecto vital y continuo, la transferencia del mismo, asegura unos excelentes resultados clínicos para el manejo de los pacientes, dentro de este proceso se hace imprescindible la publicación de los productos de investigación, lo cual proporcionará reconocimiento académico como centro especializado, produciendo artículos y publicaciones resultado de investigación. Para este logro se requiere de convenios interinstitucionales con diferentes universidades y hospitales, para construir una red en la que se produzca un creciente flujo de información académica articulado con Colciencias para fortalecer procesos investigativos, que contribuyan al desarrollo de la sociedad y a la formación de profesionales con conocimientos sólidos en las patologías, con el fin de posicionar al Centro como líder en el manejo de pacientes pediátricos.

La innovación, será un proceso enfocado a satisfacer las necesidades de los pacientes, mediante la producción y evaluación de nuevas ideas con el fin de mejorar los servicios, proceso y manejo de las patologías, lo cual traerá al centro ventajas competitivas tanto a nivel local, regional e internacional.

- Clientes claves. Los Clientes Claves son los diferentes grupos de individuos u organizaciones que el centro en sus objetivos estratégicos quiere alcanzar o servir, se definen estos grupos o segmentos teniendo en cuenta necesidades y comportamientos comunes en el modelo de negocio.

*Clientes asistenciales.* Los clientes asistenciales se consideran como un segmento homogéneo, porque son todas las familias, personas beneficiadas (de los estratos 4, 5 y 6) y entes que intervienen en el servicio.

Entre los entes que conforman la estructura del sistema obligatorio de la garantía de la calidad de la seguridad social de salud en Colombia, que a través de una red articulada atienden a la población colombiana son los siguientes: por parte del Estado las Secretarías distritales y

departamentales, entre los aseguradores las ERP's, AFP's, regímenes especiales o de excepción y ARP's y entre los prestadores las IPS's, considerándose el grupo anteriormente descrito como un segmento de clientes para el centro, ya que son los directamente implicados en la atención de la patología y potenciales clientes en la prestación de servicios.

*Cientes académicos y de investigación.* Los Clientes académicos se consideran un sector relevante para la venta de servicios educativos y de investigación en el ámbito de la Salud, ya que un eje fundamental del Centro es la generación y transferencia de conocimiento a través de la investigación relacionada con las patologías, además, en un campo de acción claro y definido por el mismo.

Las Instituciones de educación superior juegan un papel importante dentro de la estructura del Centro, ya que se podrían fortalecer los convenios docente asistenciales para seguir formando profesionales en las diferentes áreas de la salud para el manejo integral pediátrico, considerando que, como valor agregado, se brindará un proceso de enseñanza y aprendizaje de alto nivel enfocado a la atención de niños, generando una ventaja competitiva, además, en la prestación de servicios de educación con respecto a otras instituciones a nivel nacional e internacional, formando nuevas generaciones como agentes de cambio para el desarrollo del país.

El Ministerio de Protección Social (MPS) como ente rector de la salud en el país y respondiendo a las necesidades de la población colombiana, se convertiría en un eventual cliente para suministrar servicios de investigación bajo el marco de la buenas prácticas clínicas de investigación y, por ende, los productos serán tenidos en cuenta para la toma de decisiones en la elaboración de políticas públicas a nivel nacional.

*Actividades claves.* Las actividades clave se refieren a todas las acciones que se deben realizar con los recursos clave, para llevar a cabo la propuesta de valor definida para el “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”.

*Prestación de servicios.* El manejo del paciente pediátrico requiere una serie de actividades asistenciales encaminadas a realizar una atención integral y oportuna, desde el momento de su ingreso al centro y su posible atención integral para atender cada estadio de su enfermedad.

Se considera que entre las áreas claves más importantes que apoyan a la especialidad de pediatría, están Neuro pediatría, otorrinolaringólogo, neumonía, oftalmología, endocrinología, oncología y ortopedia.

*De tecnología.* Se refiere a todos los procesos de creación, uso, desarrollo y transferencia de tecnología para estar a la vanguardia de los desarrollos tecnológicos en salud con relación a las patologías pediátricas, tales como equipos de diagnóstico, sistema de información.

*De garantía de la calidad.* Para la creación del Centro se debe cumplir con los cuatro componentes del sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud (Habilitación, sistemas de información, auditoría para el mejoramiento continuo, acreditación) además de certificaciones como la Joint Commission como pilares fundamentales para brindar servicios a los usuarios individuales y colectivos de manera equitativa y accesible, teniendo en cuenta el equilibrio entre riesgos, beneficios y costo.

Es indispensable contar con un Sistema Integrado de Gestión que se convierta en un modelo de control basado en el conjunto de procesos que representan las principales actividades estratégicas, operativas de apoyo y de control que articulen los sistemas de gestión ISO 9001, 14001 y OSHAS 18001 dentro del Centro de Excelencia,

*Financiera, administrativa y de mercado.* Se debe contar con una estructura robusta en las áreas financiera administrativas y de mercado para garantizar la sostenibilidad financiera del Centro.

*Del conocimiento.* La gestión del conocimiento como actividad asociada a los recursos intelectuales del Centro, debe ir ligada a la investigación, ya que ayudaría a poder brindar mejores resultados clínicos, además del insumo básico para la transferencia de conocimiento que se realiza por medio de la gestión realizada armónicamente con educación médica donde por

medio de programas académicos (ampliarlo a otras áreas) especializados, se puede mejorar el nivel de formación de profesionales en estas áreas de la salud.

*Del talento humano.* Para la gestión del talento humano es necesario promover el conocimiento de las personas que laboran en una organización, para que estén motivadas y sean productivos mediante unos buenos elementos de clima organizacional, además de trabajar en pro del mejoramiento continuo de la cultura institucional, se debe velar por la educación continuada del talento humano asistencial, para así promover el conocimiento en los empleados y garantizar la perdurabilidad empresarial.

- *Recursos claves.* Los Recursos Clave son todas las herramientas necesarias para desarrollar la propuesta de valor dentro del modelo de negocios.

*Recursos humanos.* Para poder ofrecer un manejo integral del paciente se debe proporcionar en el Centro servicios de atención inmediata, diagnóstico y control, en las áreas de pediatría, oftalmología, ortopedia, neurología y otorrinolaringología.

Se debe tener en cuenta que para prestar un servicio de calidad, se debe contar con un grupo interdisciplinario de profesionales capacitados en estas áreas y apoyados con tecnologías especializadas con las cuales podrán prestar servicios integrales con un impacto ante la enfermedad.

*Recursos intelectuales.* El rol que desempeñara el Centro, desde la perspectiva de generación de conocimiento, es el fomento permanente para la conformación de grupos de investigación que a su vez realicen una producción intelectual que permita mejorar el manejo de pacientes pediátricos de manera integral, incidiendo también de manera positiva en la preparación especializada de las futuras generaciones.

*Recursos Tecnológicos.* La importancia del uso de la tecnología en el sector de la salud, y más específicamente en el “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”, radica en la oportunidad de facilitar y mejorar todas las acciones encaminadas a la atención del paciente, de lo

anterior surge la necesidad de contar con herramientas sofisticadas para realizar el tratamiento y administración de datos e información con la que se pueden tomar decisiones para el centro.

*Recursos físicos o de infraestructura.* La implementación de un “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”, exige unas condiciones de infraestructura física incluyendo muebles y enseres, que satisfagan las necesidades y expectativas de los pacientes, ofreciendo unas instalaciones confortables y seguras para garantizar tanto para el paciente como para el familiar que lo acompaña comodidad; sin embargo, es necesaria la implementación de unidades funcionales que soporten toda la ruta crítica del paciente en el centro, ya que son estas las que brindan el soporte al paciente en todos sus estadios de enfermedad.

*Recursos financieros.* El “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”, cuenta con dos clases de recursos financieros, las membresías, cuotas de sostenimiento y convenios o contratos incluidos por proyectos de investigación.

- *Socios clave.* Los socios clave son todas las organizaciones con las que se pueden realizar alianzas estratégicas, reducir riesgos y adquirir recursos dentro del modelo de negocios.

*Socios.* El “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”, debe impulsar una serie de alianzas estratégicas, con organizaciones que puedan proporcionar un valor agregado a la producción permanente de la propuesta de valor.

Por lo anterior, los socios clave en el modelo de negocio son los diferentes especialistas quienes entraran además como socios capitalistas, las instituciones de educación superior, las cuales brindan los programas académicos que permiten contar con personal asistencial; los hospitales, que establecen alianzas para prestar servicios de atención conformando redes integrales de servicios de salud y centros de Excelencia nacionales e internacionales, los cuales serán impulsores de la mejora en servicios y en gestión del conocimiento; el gran aporte que pueden realizar los grupos de investigación externos son considerados para acceder a beneficios de organizaciones como Colciencias, las cuales incentivan la investigación en Colombia; por último la secretaria de salud de Bolívar y el DADIS jugaran un papel importante como socios clave, ya



que a través de ellos se gestiona el desarrollo institucional y contando con el apoyo del ministerio de la protección social.

*Proveedores.* Los proveedores clave son todas las organizaciones que suministran algún tipo de servicio o insumo al “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”, aportando la materia prima para la consecución de la propuesta de valor, deben ser proveedores las instituciones de educación superior que continuamente están proporcionando estudiantes al espacio académico habilitado, para tal fin, las Secretarías de salud distrital y de Bolívar y las ERP’s como proveedores directos de pacientes que irrigan la parte asistencial del centro. Además, se encuentran los proveedores de insumos entre los que se hallan los distribuidores de tecnología biomédica, material médico quirúrgico y medicamentos que usualmente abastecen de estos productos necesarios para el tratamiento integral de los pacientes pediátricos.

- *Relaciones con los clientes.* Son las relaciones que tiene el “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”, con los segmentos de clientes identificados para fortalecer su propuesta de valor.

*Relación con los clientes.* Para tener una relación óptima con los clientes se deben tener diferentes mecanismos dentro de los cuales se podría contar con una oficina de atención al usuario, encargada de velar por la satisfacción del mismo; también se puede involucrar dentro del portafolio servicios de atención al paciente para hacer seguimiento después de los servicios.

Así mismo, la relación de manera personalizada, también el apoyo pos una aplicación Apss, el sistema de información, en ningún momento por sistemas automatizados de comunicación.

- *Canales de distribución.* Los canales de distribución describen la manera en que el Centro de Excelencia le hace llegar los servicios a sus clientes.

El canal a utilizar es el Canal directo, puesto que los servicios se prestan en sitio y no hay necesidad de distribuirlos.

- *Fuentes de ingresos.* La fuente de ingresos constituye principalmente el dinero en efectivo que percibe el Centro de Excelencia a través de cada segmento de clientes.

*Venta de servicios sector público y privado.* Las principales fuentes de ingresos se refieren a la venta de servicios relacionados con las membresías, se pueden clasificar en fuentes de ingreso pública y privada que se hacen transversales a los tipos de clientes que se definieron, considerando las áreas académicas y asistenciales como ejes fundamentales en la percepción de ingresos.

- *Estructura de costos.* La estructura de costos se refiere a todos los costos importantes efectuados que permiten llevar a cabo el “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”.

*Costos directos.* Dentro de la estructura de costos del “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”, se definen costos directos como aquellos elementos indispensables para generar los servicios de salud, entre los cuales se consideran los costos de talento humano, insumos y gastos generales.

*Costos indirectos.* Se definen costos indirectos como todos los costos diferentes a los directos, que se utilizan para producir los servicios de salud en el Centro, dentro de los cuales se tienen infraestructura, estadística, lavandería, facturación y esterilización, entre otros.

*Costos de administración.* Indican todos los costos asociados a la administración del Centro, incluyendo los costos de gerencia, las direcciones científicas, financiera, administrativa y atención al usuario, además de los costos generados por los entes asesores.

*Factibilidad Financiera.* Luego de la producción de un modelo integral de cálculo financiero y económico destinado a la evaluación de factibilidad de un “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”, se procedió a ingresar los datos ajustados del centro para la atención de pacientes pediátricos.

La estructura de costos y tarifaria para el Centro se basara en una ficha de costos prorrateada en producción de servicios de salud teniendo en cuenta los costos variables como mano de obra directa, insumos directos, y costos fijos como mantenimiento y capacitación; entre otros.

#### 4.5. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.

4.5.1. Definición del horizonte de tiempo. El horizonte de tiempo para la planeación estratégica del “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”, es de 2 años, que contempla desde junio del 2015 a Diciembre del 2017.

4.5.2. Contexto para la planeación y desarrollo del “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”.

- a. El Centro, como centro especializado en el manejo integral de pacientes pediátricos para la ciudad, debe tener unos objetivos estratégicos que involucren un trabajo participativo con los diferentes actores que intervienen nacional e internacionalmente.
- b. Para la búsqueda de soluciones óptimas a las patologías se debe propender por la generación del conocimiento y la investigación logrando así, el mejoramiento continuo en el manejo de la patología.
- c. La mejora continua de los servicios de salud exige la creación de centros especializados, motivo por el cual es pertinente la creación del “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”.
- d. El “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”, por su esencia deben desarrollar todos sus procesos productivos soportados en un Sistema de Garantía de Calidad.

#### 4.5.3. Valores y principios

##### *a. Valores*

- Responsabilidad
- Solidaridad
- Puntualidad

- Perseverancia
- Cooperación

*b. Principios*

- Honestidad
- Respeto
- Lealtad
- Ética
- Trabajo en equipo
- Generación del conocimiento
- Capacidad de innovación

4.5.4. *Misión-Visión.* Ser el “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO”, en la atención de los pacientes pediátricos, referente nacional e internacional con altos estándares de calidad, soportados por procesos de investigación desarrollo e innovación con tecnología de punta y personal altamente calificado y humanizado.

*Visión.* El “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”, será reconocido en el año 2020 como uno de los 5 primeros centros en Colombia por los altos estándares de calidad, 100% satisfacción de pacientes, líderes en la investigación científica y resultados clínicos altamente confiables.

4.5.5. *Objetivos Estratégicos.*

- a. Fomentar los procesos académicos y de investigación de alta calidad y cumplimiento normativo para el “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”.
- b. Implementar un sistema de garantía de la calidad para el “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”.
- c. Enfocar la atención en la satisfacción del cliente del “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”.
- d. Implementar una gestión financiera que asegure la viabilidad del “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”.

e. Garantizar la protección del medio ambiente, implementando un sistema ISO 14001, para la gestión ambiental del “CENTRO INTEGRAL PEDIÁTRICO DEL CARIBE”.

#### 4.5.6. Construcción del Océano Azul.

A continuación se presentan los aspectos a reducir, eliminar y crear para generar el océano azul del servicio.

##### REDUCIR:

- Los tiempos de respuesta para conocer las historias de los pacientes, así como los síntomas.
- Mejor relación entre especialidades médicas.
- Los tiempos de respuesta a las solicitudes de servicio, atención y ejecución de proceso que solicite cada paciente o su familia.
- Los tiempos desde la solicitud del servicio hasta la entrega del servicio, lo cual incluye la satisfacción de los pacientes y sus familias.

##### ELIMINAR:

- La tercerización en la cadena Logística de la fuente a la entrega, optimizando los tiempos de entrega y reconociendo de antemano la necesidad inmediata del cliente para satisfacerla con prioridad.
- Los tiempos improductivos de la infraestructura instalada, maximizar el aprovechamiento de la infraestructura con una visión de progreso constante hacia la satisfacción de sus clientes.

##### CREAR:

- Diseños innovadores que atraigan clientes con perfiles de servicio.
- Servicios integrales concentrados en un mismo lugar.

- Procesos de calidad brindado de manera exclusiva y personalizada a cada cliente de acuerdo o a su necesidad y lograr superar su expectativa del servicio recibido.
- Un equipo de trabajo con liderazgo en el sector de la salud y comprometidos con sus clientes.
- Relación de confianza con nuestros clientes-pacientes.
- Un sistema de información que se aproxime a un manejo en tiempo real y que involucre y comprometa a médicos de diferentes especialidades, padres y pacientes en un mismo propósito y sentido.

#### 4.5.7. Ventajas competitivas generales.

- Servicio exclusivo.
- Manejo aproximado a tiempo real.
- Servicio integral.
- Servicio preventivo, curativo y post tratamiento.
- Manejo completo de la información de los pacientes.
- Implementaciones y estandarización de controles de calidad; lo que le permitirá contar con un servicio acorde a los estándares ofrecidos.
- Innovación / Diseños, enfoque de los servicios hacia una prospectiva e identificación de necesidades, expectativas y deseos de las familias y pacientes.
- Servicios de apoyo y diagnóstico cercanos e inmediatos.
- Personal médico idóneo con alto conocimiento y experiencia en los servicios de salud.
- Tecnologías de la información con aplicación de APPS incorporadas al proceso de prestación de servicios.

#### 4.5.8. Cadena de valor.

Figura1. Cadena de valor servicio pediátrico integral.

<b>CADENA DE VALOR SERVICIO PEDIÁTRICO INTEGRAL</b>			
<b>LOGÍSTICA INTERNA</b>	<b>OPERACIONES</b>	<b>MERCADEO Y VENTAS</b>	<b>SERVICIOS ASISTENCIALES</b>
Recepción de equipos	Recepción clientes	Página web y apps	Asistencia Pacientes diferentes servicios
Recepción de insumos	Elaboración contratos de compra	Plegables y pendones	Mantenimiento equipos
Despacho a los diferentes servicios.	Solicitud a proveedores	Fuerza de ventas	Seguimiento post servicio a pacientes
Control de inventarios	Instalación de equipos	Anuncios en medios de comunicación	Seguimiento quejas y reclamos

Fuente: Mendoza & Mejía, (2014).

#### 4.6. PROPUESTA DE SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PEDIÁTRICA INTEGRAL EN CARTAGENA.

##### 4.6.1. Sistema de información Gerencial del Centro Integral.

El sistema de información del “Centro integral pediátrico del Caribe” integra el software, los APSS, hardware, los procedimientos, datos, todos gestionados con un recurso humano idóneo, experto, con liderazgo, comprometidos con el éxito del mismo y de la plena satisfacción de los clientes- pacientes. Ver imagen 2.

Imagen 2. Sistema de información Gerencial del Centro Integral.



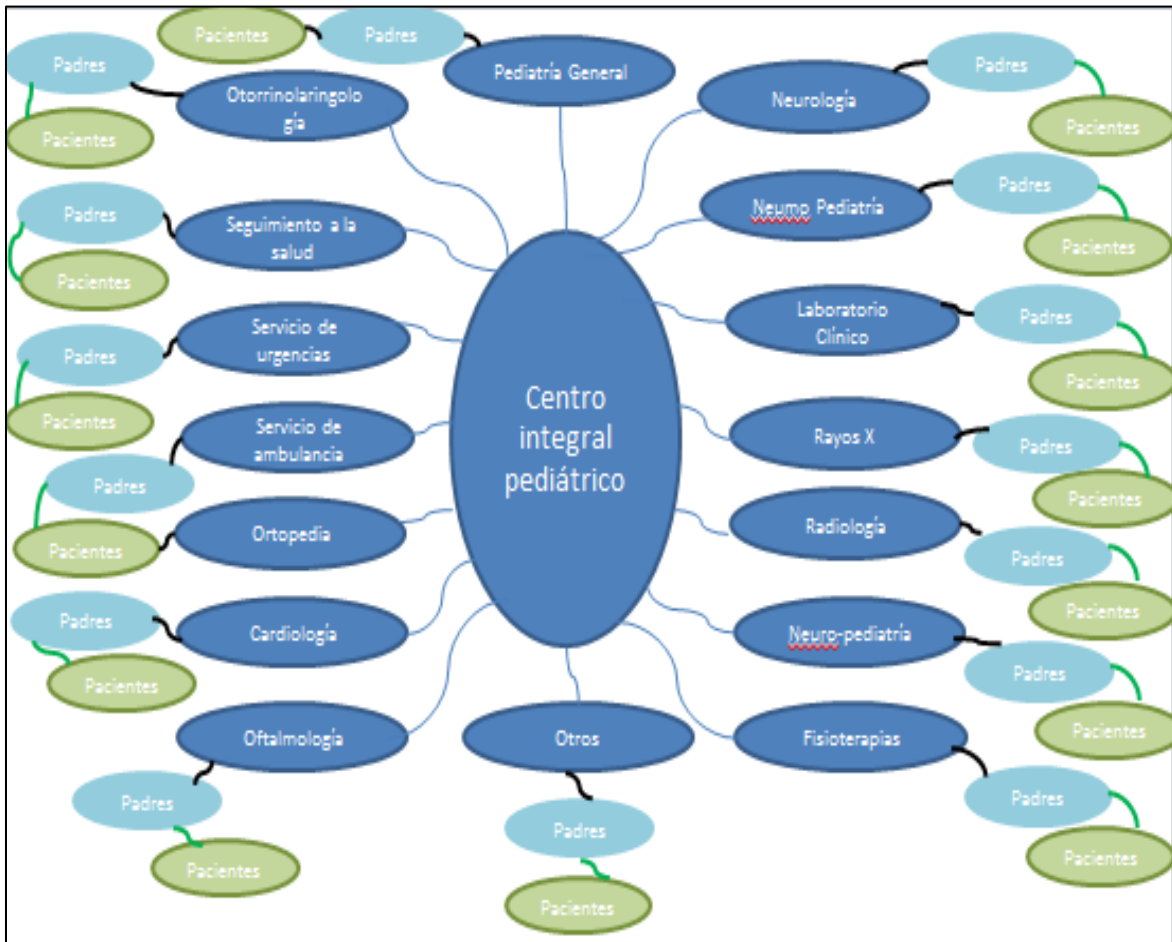
Fuente. Elaboración propia del Autor.

#### 4.6.2. Mapa conceptual de prestación del Servicio Integral pediátrico de Salud.

A continuación se presenta el mapa conceptual de prestación del servicio pediátrico integral gira en torno al sistema de información, software y apps tanto de pacientes como médicos, la lógica puede comenzar en cualquier de los componentes, pero principalmente en dos vías del software central o de los pacientes, quienes una vez lancen una información esta es recibida inmediatamente por todos los actores, quienes podrán interactuar y tomar decisiones en pro de la salud y la satisfacción de los clientes-pacientes. Ver imagen 3.



Imagen 3. Mapa conceptual del Servicio Integral pediátrico de Salud.



Fuente. Elaboración propia del Autor.

## 5. CONCLUSIONES

- El personal encuestado tanto familias como el personal médico considera que este debe estar concentrado en un solo lugar, con servicio de pediatría, otorrinolaringología, oncología, cirugía, neumología, entre otros y con servicios adicionales principalmente de diagnóstico.
- Se encontró que un servicio como el diseñado para atender integralmente a pacientes pediátricos en la Cartagena no existe en la ciudad, por lo que se convertiría en una propuesta innovadora, novedosa, con su propio océano azul, que rápidamente podría ser demandado.
- Las familias de los estratos 4,5 y 6 demandarían el servicio por lo que este es viable y los servicios o portafolio tocaría prácticamente todas las especialidades que se relacionan con la salud integral de los niños.
- La aplicación de Canvas se plantea como el valor agregado de la organización, buscando que exista la noción y visión a través del enfoque sistémico aplicado al “Centro integral pediátrico del Caribe”.
- La estrategia de negocios planteada desde el modelo Canvas, se elige confiando en el tiempo de experticia y los resultados positivos obtenidos en la aplicación del mismo en otras empresas.
- El servicio pretende tener un enfoque preventivo, apoyado tecnológicamente con las TICs y dentro de estas el uso de aplicaciones APPS, que le brindarían velocidad y poder manejar información aproximándose a tiempo real.

- El servicio no solamente brindaría una mejor salud y calidad de vida en el presente y futuro a sus pacientes, sino que es un esquema que optimiza los recursos al ser eminentemente preventivo y a la salud pública de Cartagena.

## 6. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a los autores e inversionistas acoger la propuesta y buscar si es necesario otros socios capitalistas.
- Así mismo se recomienda la implementación de este servicio pionero en la ciudad buscando satisfacer las necesidades de servicio integral pediátrico, el posicionamiento del servicio y la rentabilidad en el mediano y largo plazo.
- Se recomienda la revisión periódica del modelo, principalmente en la innovación, agregando valor según el comportamiento del mercado, buscando ventajas competitivas que permitan su sostenibilidad ante la amenazas de nuevos competidores.

## 7. BIBLIOGRAFÍA.

Alcaldía Mayor de Cartagena, (2010). Pre diagnóstico componente socioeconómico de Cartagena. Universidad de Cartagena, Colombia.

(OIT, 2014). Servicios de salud.

(DADIS, 2011). Perfil epidemiológico de Cartagena de Indias 2011. Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias DT y C.

(DANE, 2005). Salud Pública y Situación Hospitalaria en Cartagena.

Pacheco, G (2008). Plan de negocio y planificación de captación de fondos de un servicio de cuidados paliativos. Trabajo de Maestría en Gerencia de Proyectos. Universidad de Cooperación Internacional. Costa Rica.

Cham, W (2009). *Blue Ocean Strategy* ('La estrategia del océano azul'). Edit Norma. Bogotá.

Isaza, I & Mejía, M & Ramírez, A (2012). Plan de Negocios Centro De Rehabilitación Fisioterapéutico y Kinesiológico "Fisiokine Pereira". Trabajo de Grado para optar al título de profesional en Fisioterapia y Kinesiología. Universidad Tecnológica De Pereira Facultad De Ciencias De La Salud Programa De Fisioterapia Y Kinesiologia. Pereira.

Liévano, P & Tovar, R (2006). Plan de Negocios para el Centro Especializado en Ginecología, Endocrinología y Menopausia, CEGEM Bucaramanga, Santander. Universidad de la Sabana-Instituto de Posgrados Especialización en Gerencia del Servicio Chía.

Gaceta Constitucional (1991). Constitución política de Colombia 1991, diario oficial No. 116 de 20 de julio de 1991.

Ley 100 (1993). Sistema de seguridad social integral. Diario Oficial No. 46.700 de diciembre de 1993. Colombia.

Galindo, C (2009). Manual para la creación de empresas. Ecos editores. Colombia.

Hernández, H & Sampieri R, Fernández, C, Baptista P, (2009). Metodología de la investigación, Mc Graw Hill. México.

Asociación Española de Normalización y Certificación AENOR (2006). Norma 166002. Gestión de la I+D+i: Requisitos del Sistema de Gestión de la I+D. Madrid. 24p.

Arzola, M. (2001). Comparación de la Capacidad Tecnológica del Sector Metal entre Aragón/España y Guayana/Venezuela mediante Categorías Universales: Perspectivas para la Cooperación Empresarial. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza. España. Pp. 1-27.

Betz, F. (1998). Managing Technological Innovation, Competitive Advantage from Change. John Wiley & Sons, Inc. New York.

Bilderbeek, R., Den Hertog, P., Marklund, G. y Miles, I. (1998). "Services en Innovation: Knowledge Intensive Business Services (KIBS) as Co-producers of Innovation". En SI14S Project. SI14S Synthesis Papers No. 3. STEP Group.

Chica, Y.; Bastidas, P. y Vargas, A. (2005). Innovación Tecnológica como Herramienta para la Competitividad en la Industria. Revista Creando. Año 2. Nro. 4. Universidad Nacional de Colombia. Manizales.

Análisis Comparativo de Instrumentos de Evaluación de la Innovación Tecnológica. Revista Ingeniería Industrial. Vol. XXIII Nro. 3. pp. 56-63. La Habana.

Delgado, M. y Díaz, F. (2002). Enfoques integrados de la Gestión de la Innovación Tecnológica. Revista Ingeniería Industrial Vol. XXII Nro. 4. pp 29-37.

Escorsa, P. y Valls, J. (2003). Tecnología e innovación en la empresa, edición, Ediciones UPC, Barcelona.

271 p.

European Foundation for Quality Management.

- EFQM (2003): Modelo EFQM de Excelencia, EFQM, Bruselas, Bélgica, 85p.

Fitzsimmos, J. y Fitzsimmos, M. 2001. Service Management. Mc Graw Hill. Décimo segunda edición. New York. pp 268-317.

Frances, A. (2004). Estrategia para gente de a pie. **Revista Debates IESA** Vol. IX. Nro. 4. pp 12-16.

Fundación Premio a la Calidad del Estado Bolívar (2005). Premio a la Calidad Estado Bolívar, Ciudad Guayana, Venezuela, 22p.

Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad (2005). Modelo Iberoamericano de Excelencia en la Gestión, Edición 2005, Madrid, España, 23 p.

Granell, E. (2005). Más allá de la satisfacción al cliente: ¿cómo convertir la estrategia en resultados. *Revista Debates IESA* Vol. X. No. 3. pp. 25-28.

Gallouj, F. (1998). Innovation in Reverse Services and the Reverse Product Cycle. En: SI4S Topical Paper, No 5. STEP Group.

Hidalgo, A.; León, G. y Pavón, J. (2002). La gestión de la Innovación y la tecnología en las organizaciones. Ediciones Pirámide. 559p.

International Standardization Organization – ISO (2000). Norma Internacional ISO 9000: Sistemas de Gestión de la Calidad, Definiciones y vocabulario, Ginebra, Suiza, 29 p.

Kline, S. (1985).

Lovelock, C.; Reynoso, J.; D'Andrea, G. y Hue- te, L. 2004. Administración de Servicios. Pearson-Prentice Hall. Mexi- co. pp 1-35.

The Union of Japanese Engineers and Scienti- fics-JUSE (2004). The Guide for De- ming Application Prize Guide 2006 for overseas. The Deming Prize Committee, Japan, 51 p.

Markides, K. (1997). La Innovación Estratégica. Harvard Deusto Business Review. Nov/Dic Nro. 81. pp 29-40.

Miles, I. (1994). Innovation in Services. Part 2: Sectoral and Industrial Studies of Innovation en The HandbooK of Industrial Innovation. Editores M. Dodgson, M. y Rothwell, R. Pp. 243-256. Gran Bretana.

Morin, J. (1985). L'excellece technologique. Publi Union. Paris. 177p.

National Institute of Standards and Technology NIST (2005). Baldrige National Qua- lity Program, 2006 Criteria for Performance Excellence, Gaithersburg. MD. USA. 81 p.

Organisation for Economic Co-operation and Development OECD (1997). **Oslo Manual**. Bruselas.

Organisation for Economic Co-operation and Development OECD (1980). Frascati Manual. Paris.

Parasuraman, V.; Zeithaml, A.; Berry, L. (1988). "SERVQUAL: A Multiple Item Scale for Measuring Costumer Per- ceptions of Service Quality". **Journal of Retailing**. Vol 64, Nro 1. Spring



Pavón, J., e Hidalgo, J. (1997). *Gestión e Innovación, un Enfoque Estratégico*. Ediciones Pirámide. Madrid. pp 63-84.

Puente, R. (2005). “Del mercadeo de servicios a la gerencia de servicios”. *Revista Debates IESA*. Vol. X. Nro. 3. Caracas. pp. 13-16.

Santarelli, E. y Piergiovanni, R. (1996). “Analyzing literature-based innovation output indicators: the Italian experience”. *Research Policy*. Vol. 25. Pp 689-711.

Torres, F.; Martínez, A. y Poza, P. (1986). *Inventario Tecnológico de Aragón*. Diputación de Aragón. España. Pp 5-53.

Wels-Lips, I.; Van der Ven, M. y Pieters, R. (1998). *Critical services dimensions: an empirical investigation across six industries*. En revista *International Journal of Service Industry Management*. Vol. 9 Nro. 3. pp 286-309. MBC University press.

OMS (2013). *Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. ISBN 978 92 4 069122 3 (PDF).

**Anexos.****Anexo “A”. CUESTIONARIO APLICADO A FAMILIAS CARTAGENERAS PARA UN SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PEDIATRICA.**

**Objetivo:** Determinar las necesidades y expectativas de los clientes (Pacientes-Niños) para un modelo de atención integral en salud pediátrica en Cartagena.

**Datos generales:**

Nombre (s) y Apellidos

Barrio. \_\_\_\_\_

Estrato. \_\_\_\_\_

Número de Hijos: Niñas \_\_\_\_ Niños \_\_\_\_

Para valorar cada una de las afirmaciones suministradas asigne la calificación que según su criterio corresponde de acuerdo con la siguiente escala:

5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

PREGUNTAS		ESCALA				
	PROPUESTA DE VALOR	5	4	3	2	1
1	Considera necesario un servicio integral de atención pediátrica, que brinde una interrelación de especialidades, en un solo lugar, integrado tecnológicamente con apoyo de un sistema de información, amigable con las apps, por medio de una membrecía, para prevenir enfermedades, mantener y/o mejorar la salud de sus hijos.					
	<b>CLIENTE.</b>					

2.	Cuáles de estas necesidades con respecto al servicio de salud para sus hijos requiere					
2.1	Rapidez en el servicio					
2.2	Diagnóstico integral					
2.3	Servicio de Atención personalizada					
2.4	Atención integral					
2.5	Información en tiempo real					
2.6	Posibilidad de interactuar con el personal médico					
2.7	Servicios de transporte					
2.8	Servicios conexos de laboratorio y diagnóstico					
2.9	Prevención de enfermedades					
2.10	Servicio pos servicio.					
3.	<b>Cuáles de estos servicios, considera debe ofrecer un servicio de salud integral pediátrico en la ciudad de Cartagena</b>					
3.1	Pediatríageneral					
3.2	Neumo-pediatría					
3.3	Laboratorio clínico					
3.4	Rayos X					
3.5	Radiología					
3.6	Neuro-pediatría					
3.7	Fisioterapeutas					
3.8	Neurología					
3.9	Oftalmología					
3.10	Cardiología					
3.11	Ortopedia					
3.12	Servicio de ambulancia					
3.13	Servicio de urgencias					
3.14	Otorrinolarigología					
3.15	Seguimiento a la salud					

No	RELACIÓN CON EL CLIENTE					
4.	En cuanto a la(s) forma(s) de relacionarse con el servicio, cual(es) de las siguientes formas le gustaría:					
4.1	Relación personal					
4.2	Auto servicio (por medio de apps y la web)					
4.3	Servicio automatizado					
4.4	Relación de comunidades con otros pacientes					
5	<b>Donde considera debe estar ubicado el centro de atención integral en salud pediátrica en Cartagena.</b>					
5.1	Castillogrande					
5.2	Bocagrande					
5.3	Centro					
5.4	Manga					
5.5	Pie de la Popa					
5.6	Sector la Castellana					
5.7	Sector SAO La Plazuela					
6.	<b>Con cuáles de estos servicios adicionales considera debe contar el centro de atención integral en salud pediátrica en Cartagena:</b>					
6.1	Cafetería					
6.2	Droguería					
6.3	Parque infantil					
6.4	Sala de juegos					
	<b>CANALES</b>					
7.	Por medio de que canal(es) le gustaría tener contacto con el centro integral.					
7.1	Canal directo					
7.2	Página Web					

7.3	AAPS					
7.4	Telefónicamente					
7.5	Todos los anteriores					
	<b>INGRESOS</b>					
8.	<b>Estaría dispuesto a pagar un sostenimiento fijo por este servicio integral.</b>					

**GRACIAS!**

## Anexo "B".

**CUESTIONARIO APLICADO A MEDICOS CARTAGENEROS PARA EL MONTAJE  
DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PEDIATRICA**

**Objetivo:** Conocer la percepción del personal médico sobre la conveniencia y forma de montar un modelo de atención integral en salud pediátrica en Cartagena.

**Datos generales**

Nombre (s) y Apellidos

Especialidad \_\_\_\_\_

Para valorar cada una de las afirmaciones suministradas asigne la calificación que según su criterio corresponde de acuerdo con la siguiente escala:

5	4	3	2	1
Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

No	Preguntas	Escala				
		5	4	3	2	1
<b>1</b>	<b>Considera que habría familias interesadas en afiliarse a un servicio de atención integral en salud pediátrica en Cartagena</b>					
<b>2</b>	<b>Cuáles de las siguientes necesidades en salud pediátrica considera que en la actualidad serian demandadas por las familias</b>					
2.1	Nutrición					
2.2	Higiene					
2.3	Medio ambiente saludable					
2.4	Prevención accidentes					
2.5	Prevención de enfermedades					
2.6	Tratamiento de la enfermedad					
2.7	Seguimiento al tratamiento					

2.8	Otro, cuál					
<b>3</b>	<b>Cuáles de estos servicios, considera usted se deben ofrecer en un servicio de salud integral pediátrico en la ciudad de Cartagena</b>					
3.1	Pediatría general					
3.2	Neumo-pediatría					
3.3	Laboratorio clínico					
3.4	Rayos x					
3.5	Radiología					
3.6	Neuro-pediatra					
3.7	Fisioterapeutas					
3.8	Neurología					
3.9	Oftalmología					
3.10	Cardiología					
3.11	Ortopeda					
3.12	Servicio de ambulancia					
3.13	Servicio de urgencias					
3.14	Seguimiento a la salud					
3.15	Otorrinolaringología					
3.16	Otro, cuál					
<b>4</b>	<b>Donde considera debe estar ubicado el centro de atención integral en salud pediátrica en Cartagena</b>					
4.1	Castillogrande					
4.2	Bocagrande					
4.3	Centro					
4.4	Manga					
4.5	Pie de la Popa					
4.6	Sector la Castellana					
4.7	Sector SAO la plazuela					
4.8	Otro, cuál					
<b>5</b>	<b>Considera que el servicio debe estar concentrado en un solo edificio o lugar.</b>					
<b>6</b>	<b>Con cuáles de estos servicios adicionales considera debe contar el centro de atención integral en salud pediátrica en Cartagena:</b>					
6.1	Cafetería					
6.2	Droguería					
6.3	Parque Infantil					
6.4	Sala de juegos					
6.5	Otro, cuál					
7	Qué recomendaciones haría para tener en cuenta en la oferta de servicios del centro					

	de atención integral en salud pediátrica en la ciudad Cartagena
--	---

GRACIAS.