

**Estudio de factibilidad para la creación de una IPS con atención diferencial para la población indígena en Bogotá**

**Autores**

**Darío Alejandro Gordillo**

**Ingrid Yohana Guzmán**

**Juliette Alexandra Orjuela**

**Lady Esperanza Sastre**

**Asesores**

**Alberto Plazas Porras**

**Laura Andrea Niño Silva**

**Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca**

**Facultad Ciencias de la Salud**

**Especialización Gerencia de la Calidad en Salud**

**Bogotá, 2018**

## Summary

The last indigenous people's statistics are found in *Perfil de Salud de los Pueblos Indigenas* published in 2016 where the main state of health indicators like maternal mortality or infant mortality is higher in indigenous people than in the general population, and these, in turn, are higher in Bogota's indigenous population.

This paper presents a feasibility study to establish a health services institution with differential health care to indigenous people in Bogota to respond to one of their current health problems. For supply and demand analysis, both interview and poll to indigenous people and EPS (Empresas Promotoras de Salud) were done and it was concluded that even when differential health care is highly demanded and would have a good reception in Bogota's indigenous people, this Service would depend on district or national health policies, specifically, in its incorporation to Health Benefits Plan.

On the other hand, to estimate the different costs and incomes, it was concluded that initial investment would be \$1.895.029.170 and would generate an average annual flow of 22% of the incomes during the first five years. The opportunity rate ( $k$ ) is 15% with capacity of 86%, considering the possible absenteeism of both patients and workers.

This project is viable from a financial perspective, since Net Present Value (NPV) overcome required profitability and Internal Rate of Return (IRR) is also higher than the expected opportunity rate.

**Keywords:**

Demand, offer, feasibility study, EPS, IPS, differential health care, costs, incomes, indigenous people, Bogota, interview, poll, qualification, market study, administrative structure, sample, convenience, opportunity.

## Resumen

Las últimas estadísticas sobre la población indígena en Colombia se encuentran en el Perfil de salud de los pueblos indígenas del 2016, encontrando que los principales indicadores del estado de salud como lo son la mortalidad materna y mortalidad infantil se encuentran más altos en la población indígena que en la población general y a su vez, los indicadores en alerta se encuentran en la población indígena de Bogotá.

El presente trabajo presenta un estudio de factibilidad para la creación de una IPS con atención diferencial a la población indígena en Bogotá, como respuesta a la problemática en salud que presenta esta población. Para el análisis oferta y demanda se realizó una encuesta a la población indígena y entrevistas a EPS, de donde se concluyó que, aunque la demanda por un servicio de salud con atención diferencial indígena es alta y sería bien acogida por la población indígena en Bogotá, la oferta de dicho servicio por parte de las EPS depende del desarrollo de políticas de salud distritales o nacionales, específicamente, su inclusión en el Plan de Beneficios de Salud.

Por otra parte, para los cálculos de los diferentes costos e ingresos, se concluyó que la inversión inicial del proyecto sería de \$1.895.029.170 y generaría un flujo anual promedio del 22% de los ingresos durante los 5 primeros años. La tasa de oportunidad ( $k$ ) es del 15% con una operación lleno en un 86%, teniendo en cuenta incapacidades e inasistencia de los pacientes.

El proyecto es viable desde el punto de vista financiero, teniendo en cuenta que el valor presente neto (VPN) supera la rentabilidad exigida y la tasa interna de retorno (TIR) es mayor a la tasa de oportunidad esperada.

**Palabras clave:**

Demanda, oferta, estudio de factibilidad, EPS, IPS, atención diferencial, costos, ingresos, comunidad indígena, Bogotá, entrevista, encuesta, habilitación, estudio de mercado, estructura administrativa, muestra, conveniencia, oportunidad.

## Contenido

Introducción .....	1
Planteamiento del problema.....	2
Justificación del problema .....	5
Objetivos generales y específicos .....	7
General .....	7
Específicos .....	7
Antecedentes .....	8
Marco conceptual.....	11
Contexto social de la población indígena en Bogotá .....	11
Estudio de Factibilidad.....	13
Implicación de demanda y oferta .....	14
Estudio de mercado .....	15
Enfoque administrativo .....	16
Estructura administrativa.....	16
Organigrama.....	17
Departmentalización.....	18
Creación de empresa en Colombia.....	18
Aspectos técnicos .....	19
Estudio financiero .....	22
Costos operacionales .....	22
Calculo de costos en una empresa de servicios.....	24
Ingresos operacionales .....	24
Punto de equilibrio financiero .....	26
Valor presente neto.....	27
Tasa interna de retorno .....	27
Enfoque de necesidades básicas insatisfechas .....	28
Marco Legal .....	28
Diseño Metodológico.....	29
Desarrollo de la propuesta .....	31
Primer objetivo: Análisis de oferta y demanda de los servicios de salud de la población indígena en Bogotá.....	31

Análisis entrevista para la población indígena .....	31
Análisis entrevista a EPS .....	41
Análisis oferta.....	42
Análisis oferta y demanda .....	42
Segundo objetivo: Estructura administrativa y legal de la IPS con atención diferencial.....	43
Tipo de sociedad.....	45
Ubicación y distribución de la IPS .....	47
Distribución IPS .....	48
Mapa de procesos .....	55
Portafolio de servicios .....	56
Manual de perfiles .....	58
Tercer objetivo: Requerimientos técnicos en términos de infraestructura, equipos, insumos y personal necesarios para el funcionamiento de la IPS. ....	61
Cuarto objetivo: Estudio financiero que permita reconocer el monto de la inversión, ingresos y costos operacionales.....	64
Conclusiones.....	68
Recomendaciones .....	70
Anexos .....	71
Anexo 1. Pasos para la formalización de una empresa en Colombia.....	71
Anexo 2. Normatividad aplicada a la conformación de la IPS .....	73
Anexo 3. Entrevista inicial para EPS .....	74
Anexo 4. Entrevista final EPS.....	75
Anexo 5. Encuesta inicial para población indígena .....	77
Anexo 6. Encuesta final población indígena.....	80
Anexo 7. Tablas con valores de encuesta población indígena .....	81
Referencias bibliográficas.....	85
Bibliografía .....	88

## **Introducción**

El presente trabajo de grado muestra el desarrollo de un estudio de factibilidad para la creación de una IPS en Bogotá con atención diferencial indígena teniendo en cuenta la necesidad que presenta esta población para que sus creencias y su cultura sea visible y respetada en la atención de servicios de salud.

Se evidencia la aplicación de conceptos de análisis de oferta y demanda, estudio financiero: ingresos y costos, habilitación, ubicación geográfica entre otros para evaluar la viabilidad del proyecto.

## **Planteamiento del problema**

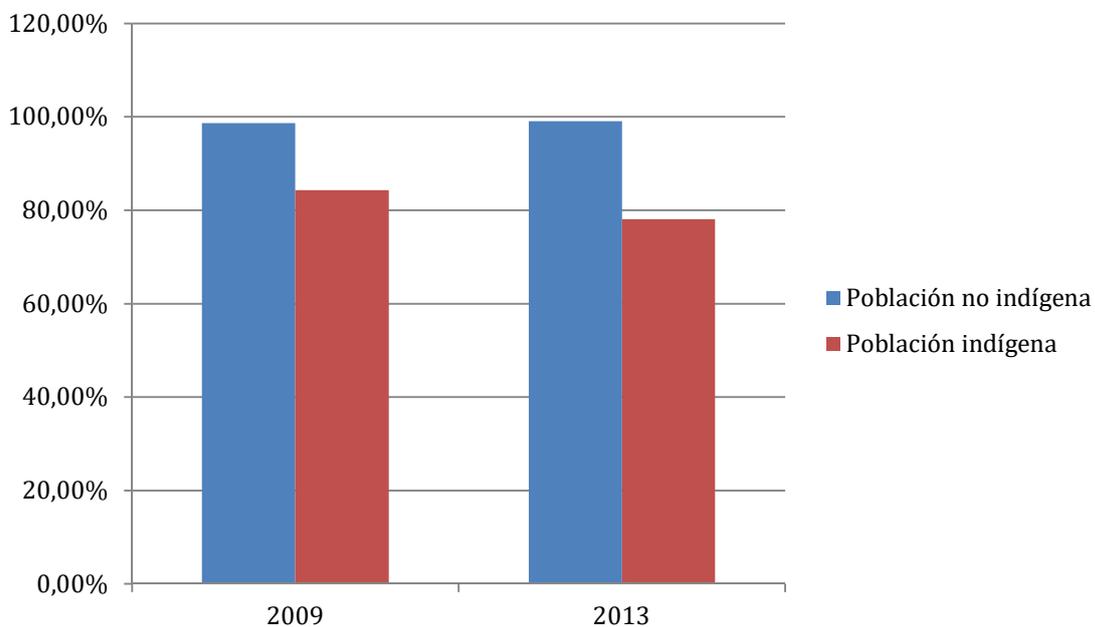
En el Censo realizado en el 2005 se visualiza una variedad de comunidades indígenas y resguardos que existen en Colombia, los cuales en su mayoría se encuentran hacia el litoral pacífico, la Sierra Nevada de Santa Marta, la región de la Guajira y el Amazonas, sin embargo, situaciones como la pobreza, la inseguridad alimentaria y sus consecuencias, restricciones de movilidad, condiciones de salud deterioradas que se agravan por el conflicto armado, mortalidad infantil alta, y altas tasas de enfermedades prevenibles, la invisibilidad preexistente por censos y estadísticas divergentes, la explotación minera, el desplazamiento forzado e intereses de los individuos en estudiar o trabajar, hacen que gran cantidad de comunidades migren hacia las diferentes ciudades del país y consecuentemente, sean cada vez más visibles en el Distrito Capital.

Gran parte de esta población indígena no acude a las instituciones de salud tradicionales, ya que existen barreras de lenguaje, malas experiencias de otros indígenas, barreras de comunicación entre el personal de salud, los pacientes y su familia, entre otras condiciones que afectan la demanda de estos servicios (Artuso, Cargo, Brown y Daniel, 2013).

Una de las acciones propuestas para disminuir o detener esta problemática es aumentar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social (SGSS) en Salud por parte de las comunidades indígenas, sin embargo, para el año 2005 menos del 80% de la población indígena en el territorio nacional se encontraba afiliada al sistema de salud (Ministerio de Salud y Protección social, 2016, pp. 37, párr. 3), lo cual indica que aunque ha habido un avance en el objetivo, todavía hay una cantidad importante que está expuesta a problemas en su salud y a no recibir un adecuado tratamiento o prevención por su bajo porcentaje de afiliación. Por otro lado, la vulnerabilidad en su situación de salud se agrava incluso con la cobertura del SGSS; el acceso efectivo al sistema de salud es muy bajo respecto a su comparación con la población no indígena; lo anterior se evidenció en el censo, donde se evaluaron tres indicadores para medir el acceso efectivo a la salud: 1. Atención institucional del parto 2. Porcentaje de nacidos vivos con más de cuatro controles prenatales 3. Porcentaje de partos atendidos por personal calificado; donde se encontró que para el primer indicador en la población no indígena se mantiene cercano a la cobertura total pasando

de 98,6% en 2009 a 99,1% en 2013; pero para la población indígena este indicador presenta un descenso entre 2009 al 2013 pasando del 84,32% al 78,08% respectivamente (Ministerio de Salud y Protección social, 2016, pp. 95, párr. 2-3), (grafico 1). Teniendo en cuenta que la cosmovisión frente al parto y la maternidad es diferente por parte de la población indígena respecto a la población occidental, muy probablemente este descenso en el acceso a la atención institucional del parto se asocia a las creencias culturales y claramente a su no observancia por parte de las instituciones de salud.

**Gráfico 1. Indicador atención institucional del parto 2009 vs 2013**



**Fuente:** *Elaboración propia tomado de:*

*<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>*

Adicionalmente, se evidenció que el 0.2% de la población Bogotana se considera indígena y el 60% de dicha población se encuentra concentrada en las localidades de Suba, Bosa, Engativá, Kennedy y Ciudad Bolívar (Secretaría Distrital de Planeación, s.f.). Al revisar las problemáticas de la población indígena a nivel del País y Bogotá se encuentran necesidades en las áreas de educación, vivienda y salud, dentro de esta última se evidencia que las principales causas de

mortalidad son las deficiencias nutricionales o anemias, enfermedades respiratorias y del tracto digestivo (Ministerio de Salud y Protección social, 2016, pp. 40, párr. 3), causas que permiten deducir que con una sólida intervención a nivel primario en salud, disminuirían dichas causas de mortalidad, que en el mismo estudio se afirma que “la mortalidad de los niños de la población indígena es 2,79 veces más alta que la presentada en la población no indígena” (Ministerio de Salud y Protección social, 2016, pp. 39) aunque las causas de mortalidad sean las mismas. A pesar del creciente número de indígenas que día a día migran a la ciudad de Bogotá no se ha creado una Institución de Salud que permita la articulación entre la medicina tradicional indígena y la medicina occidental. Dado lo anterior, surge la pregunta de investigación: ¿Es factible la creación de una IPS (Institución Prestadora de servicios de salud) con atención diferencial a la población indígena en la ciudad de Bogotá?

## **Justificación del problema**

En Bogotá existen al menos 14 comunidades indígenas que han migrado a la ciudad. Para el año 2005 se contaba en Bogotá con 15.032 habitantes que se auto identifican como indígenas de diversos grupos culturales, quienes se encuentran afiliados a entidades de salud en donde el personal tanto administrativo como profesional de la salud de estas dependencias en ocasiones muestran conductas de rechazo hacia las creencias culturales y religiosas de la población indígena que acuden en busca de alivio para una dolencia particular y que en medio de la vulnerabilidad que representa una enfermedad buscan refugiarse en lo conocido desde su identidad cultural. Este hecho se ha documentado en diversos estudios de intervenciones en salud de la población indígena, donde se menciona que, entre otras, una barrera importante para que esta población acceda a los servicios de salud es la concepción diferente de salud y enfermedad (Castillo, Vallejo, Castañeda y Cotes, 2017) y que no se tienen en cuenta los roles de sus familiares durante las diferentes intervenciones en salud (Artuso, et al., 2013, pp. 6, párr. 14). Igualmente, uno de los derechos fundamentales es el derecho a la Salud, por lo tanto, el Sistema general de Seguridad Social en Salud debe garantizar a las comunidades indígenas este derecho sin perder su identidad.

La nación maneja como indicadores de perfil de salud de la población a nivel general: la tasa de mortalidad perinatal, neonatal, en menores de un año, en menores de cinco años, porcentaje de bajo peso al nacer, partos atendidos por personal calificado, número de controles prenatales y atención de partos institucionales. Tal como se evidencia en el grafico 2, estos indicadores se ven impactados de forma negativa en la población indígena. (Ministerio de Salud y Protección social, 2016). Por lo cual se puede deducir que de acuerdo a estos resultados es prioritario brindar atención médica a nivel primario a esta población y que una de las estrategias que puede generar más impacto es ofrecer estos servicios desde su identidad cultural, respetando sus creencias y perspectivas (Castillo, et al., 2017, pp. 68, párr. 4).

La propuesta de creación de una IPS con atención diferencial indígena en Bogotá puede contribuir a disminuir las barreras de acceso para la atención en salud, por ello se propone realizar

el estudio de factibilidad para validar la viabilidad de la misma y a su vez aplicar los conocimientos obtenidos en la especialización gerencia de la calidad en salud que permiten conocer y obtener diferentes herramientas para desarrollar dicho estudio dentro de los cuales se pueden mencionar las diferentes teorías administrativas, análisis de oferta y demanda, criterios de habilitación como infraestructura, talento humano, dotación, insumos y medicamentos entre otros aspectos.

**Gráfico 2. Semaforización de los principales efectos en salud con indicadores en población indígena comparados con el valor nacional indígena, Colombia, 2013**

año 2013	TASA DE MORTALIDAD PERINATAL	TASA DE MORTALIDAD NEONATAL	TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO	TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS	RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA A 42 DIAS	PORCENTAJE DE PARTOS INSTITUCIONALES	PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON CUATRO O MAS CONSULTAS DE CONTROL	PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL CALIFICADO	PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER	PROMEDIO DE CONTROLES PRENATALES
Antioquia	3,19	9,58	38,34	60,70	319,49	67,75	42,75	69,01	11,97	2,50
Atlántico					50.000,00	100,00	40,00	100,00		
Bogotá, D.C.	15,15	30,30	45,45	60,61		87,50	43,02	87,88	13,85	3,71
Bolívar		166,67	500,00	500,00		100,00	50,00	100,00		3,67
Boyacá	33,90	33,90	33,90	33,90		91,53	11,54	96,61	1,72	1,81
Caldas			17,90	20,13		93,68	92,89	94,17	5,58	6,40
Caquetá			13,70	13,70	1.369,86	53,73	28,07	49,32	12,82	1,66
Cauca	8,08	10,39	23,09	31,95	115,47	78,79	70,76	78,44	5,05	4,69
Cesar	18,10	36,20	85,97	122,17	452,49	77,17	57,14	78,28	6,74	3,57
Córdoba	1,63	1,63	9,80	19,61	163,40	90,41	69,70	91,18	6,70	4,98
Cundinamarca	35,71	35,71	35,71	35,71		85,71	43,48	85,71	14,29	3,32
Chocó	15,38	25,64	69,23	115,38	256,41	34,75	14,81	35,99	8,29	0,81

**Fuente:** Recuperado el 22/10/2018 de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>

## **Objetivos generales y específicos**

### **General**

- Desarrollar un estudio de factibilidad para la creación de una IPS en Bogotá con atención diferencial a la población indígena

### **Específicos**

- Realizar un análisis de oferta y demanda de los servicios de salud de la población indígena en Bogotá.
- Establecer la estructura administrativa y legal de la IPS con atención diferencial.
- Determinar los requerimientos técnicos en términos de infraestructura, equipos, insumos y personal necesarios para el funcionamiento de la IPS.
- Desarrollar un estudio financiero que permita reconocer el monto de la inversión, ingresos y costos operacionales.

## **Antecedentes**

Para dar inicio al estudio de factibilidad es importante reconocer los esfuerzos que se han dado a nivel nacional e internacional para brindar atención en salud con enfoque diferencial hacia la población indígena. Se evidencia que es intención gubernamental asegurar a la población indígena en salud, lo cual se demuestra en el Decreto 780 de 2016, el cual es una recopilación de la mayor parte de normas en salud y dedica el capítulo 4 para establecer los requisitos para la constitución de las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI), objeto social, cobertura, número de afiliados, condiciones de habilitación, entre otras características de funcionamiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Lo anterior aporta al estudio de factibilidad ya que permite reconocer las condiciones que deben cumplir las EPSI antes de poder generar convenios con las mismas y lograr la cobertura en salud de la población indígena que se encuentra en Bogotá.

Acosta (2018) por su parte, hace un recuento en su artículo acerca de la visión de la salud que posee la comunidad indígena y la obligación que tiene el Estado de garantizar el derecho a la salud con enfoque diferencial hacia ellos, demostrando respeto por las creencias y saberes tradicionales; esto aporta a la presente investigación una perspectiva sobre la concepción de salud por parte de la población indígena y sirve como base para evidenciar qué diferencias habría a nivel de requisitos de infraestructura y/o talento humano para que la atención de salud pueda garantizar el respeto hacia las tradiciones y creencias en salud de la población indígena en Bogotá.

Como estudio de factibilidad, se encuentra el realizado por Torres y Cano (2015) el cual también se orienta a la creación de una Institución Prestadora de Salud de primer nivel. Esta tesis fue utilizada como guía acerca de conceptos teóricos, metodología de la investigación e inclusive la estructura del trabajo escrito, ya que fue una tesis de grado para la Universidad Francisco de Paula Santander en Ocaña.

A nivel internacional, Bainbridge, McCalman, Clifford y Tsey (2015) en Australia, realizan una revisión sistemática de diferentes estrategias que se han presentado para aumentar la competencia cultural de los profesionales de la salud y los servicios de salud, dentro de las cuales se destacan para esta investigación: entrenar a los profesionales en casos puntuales donde se debe desarrollar competencia cultural y añadir indicadores de competencia cultural a la evaluación que certifica a los diferentes servicios de salud en términos de calidad. También aporta los conceptos de:

- Conciencia cultural (sensibilidad frente a similitudes y diferencias que existen entre dos culturas y el uso de esta sensibilidad en la comunicación efectiva con miembros de otro grupo cultural)

- Seguridad cultural (sostener el compromiso de prestar servicios de salud que no comprometan los legítimos derechos culturales, perspectivas, valores y expectativas de la población indígena)

- Protección cultural (modelo de atención en donde es más importante la empatía del profesional durante su práctica clínica manifestada a través de su comportamiento reflexivo antes que su conocimiento de los aspectos culturales)

- Competencia cultural (es el conocimiento, conciencia y habilidades que permiten manejar factores culturales durante las intervenciones de los servicios de salud)

Dichos conceptos aportan al estudio de factibilidad ya que permiten conocer aptitudes y habilidades del talento humano que haría parte de la IPS, las cuales son adicionales a las ya requeridas por parte de habilitación en salud.

Otra revisión sistemática que aporta al presente estudio es el realizado por Gibson, et al. (2015) en la que identificaron barreras y factores facilitadores para el acceso a la atención en salud por parte de la población indígena. Las barreras identificadas fueron: dificultades en términos de profesionales de la salud suficientemente preparados, con roles y responsabilidades definidos para la toma de decisiones; la baja representación de sistemas de referencia a niveles superiores de atención que permitieran la continuidad en el cuidado brindado al paciente. En cuanto a factores facilitadores encontraron: el empoderamiento del paciente y su comprensión por parte de los

profesionales de salud era fundamental para que los pacientes indígenas pudieran tomar parte activa en su tratamiento; permitir prácticas culturales como recibir cuidado por parte de indígenas o tener su espacio para su apoyo familiar en cuanto a creencias o el cuidado de su salud. A nivel comunitario encontraron factores facilitadores como el diseño de intervenciones que aplicaron los aportes de la comunidad que iba a ser intervenida; apoyar la capacitación y la participación en la toma de decisiones médicas a los trabajadores de la salud indígenas, ya que se evidenció que adicional a su aporte en el cuidado de los pacientes, contribuían a que sus colegas no indígenas aprendieran a brindar cuidado cultural a sus pacientes. Todo lo ya evidenciado por los autores permite conocer algunas de las características que debería cumplir la creación del portafolio de servicios de la IPS para brindar una atención con enfoque diferencial hacia la población indígena.

## **Marco conceptual**

### **Contexto social de la población indígena en Bogotá**

América estaba poblada por una gran diversidad de culturas que además de riquezas poseían dialectos, tradiciones, costumbres, artes y saberes. Estas poblaciones fueron invadidas, sometidas y casi destruidas por los europeos. La invasión europea afectó la vida de los indígenas, su dignidad fue intimidada, además los indígenas han sido estigmatizados como salvajes y sin educación, sin embargo y a pesar de esta situación han sobrevivido resguardos indígenas y su cultura, por eso Colombia como muchos otros países de la región quieren preservar parte de esa multiculturalidad que aún queda a través de la prestación de servicios de calidad para cada una de las poblaciones que se encuentran inmersas en el territorio nacional.

Colombia cuenta con 87 pueblos indígenas en datos oficiales con un total de 64 lenguas amerindias y 13 familias lingüísticas. La Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) reporta 102 pueblos indígenas de los cuales 18 están en vía de extinción ubicados principalmente en: Amazonas, Orinoquia, Litoral Pacífico y Guajira. La población colombiana que se auto reconoce como indígena para el censo del año 2005 era de 1.392.623, de la cual se ve un mayor porcentaje de población joven (menor de 15 años) con respecto de la población no indígena (tabla 1.), con una relación de 102 hombres por cada 100 mujeres y por cada 100 mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) había 73 niños (0 a 4 años) y una relación de dependencia de 95 indígenas en edad dependiente por cada 100 en edad productiva, lo cual lleva a mostrar que la población indígena de Colombia es una población joven a diferencia de la población no indígena que se considera una población madura según el índice de Friz (Ministerio de Salud y Protección social, 2016, pp. 29-31).

**Tabla 1. Población indígena por grupos etarios**

Edad	Población indígena porcentaje 1993	Población indígena porcentaje 2005	Población general 2005
0-14 años	45.1	39.5	30.7
15-64 años	51.1	55.1	63.0
65 y más años	3.7	5.2	6.3

**Fuente:** Recuperado el 22/10/2018 de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>

Bogotá no es una ciudad ajena a estas estadísticas ya que la población indígena que se encontraba en la ciudad era un total de 15.032 habitantes (Ministerio de Salud y Protección social, 2016, pp. 26) que se auto reconocen como indígenas, cifra que ha ido en aumento dada la problemática social vivida en el país en los últimos años, siendo un reto para la capital que recibe población de distintas regiones del país y en la que se necesita que cada una de las dependencias que maneja la capital tenga en cuenta esta multiculturalidad.

Existe un enfoque diferencial en el ejercicio del derecho a la salud, el cual consiste en una serie de libertades para esta comunidad en relación con el manejo de la misma, por lo que la comunidad indígena tiene la autonomía de generar y organizar sus servicios de salud con la producción y uso de las medicinas tradicionales (medicamentos usados de forma ancestral por los grupos indígenas y que no son de uso en la medicina occidental) y sus rituales curativos, los cuales son dados bajo la responsabilidad y control de esta población, estos servicios deben respetar las creencias, cultura y puede ser prestado por personas de la misma comunidad. Los servicios diferenciales son fundamentales para enfocar el proyecto de investigación porque se pretende realizar un estudio de factibilidad para la creación de una IPS con enfoque diferencial para la población indígena que

ofrezca servicios de calidad que satisfaga las necesidades de salud de la población y supere las expectativas de los usuarios que accedan a los servicios de Salud ofrecidos.

### **Estudio de Factibilidad**

Se debe realizar un análisis del proyecto de la IPS con enfoque diferencial indígena, que permita saber si el negocio da rentabilidad o pérdidas, los requisitos para que este sea exitoso y ver cómo afecta al medio ambiente, lo cual se define como estudio de factibilidad según Flórez (2013), y es decisivo para determinar si el proyecto se ejecuta o no.

Dado lo anterior se inicia con una evaluación económica y financiera a partir de criterios cuantitativos para tomar decisiones de inversión. Dentro de estos criterios se tendrá en cuenta el costo de producción o el costo total de cada uno de los diferentes servicios que según Flórez et al. (2013), está constituido por tres elementos:

- **Materiales:** son también los elementos denominados materias primas y es todo aquello que se requiere para luego ser convertido en un producto terminado mediante el uso de diferentes elementos como son la maquinaria, la mano de obra y otros elementos que no hacen parte del producto pero que se requieren y se denominan costos indirectos de fabricación.
- **Mano de obra directa:** son los gastos generados en la producción mediante la aplicación directa de la labor de las personas para lograr la elaboración del producto final y en ella se generan costos como los salarios de las personas el cual incluye todos los gastos fiscales y parafiscales de ley.
- **Los costos indirectos de fabricación:** son los elementos necesarios para la producción, que no necesariamente hacen parte del producto, pero que sin ellos no habría sido posible la fabricación del mismo, en estos están incluidos los costos de mano de obra indirecta los cuales son los generados por el área administrativa como el área de calidad, ventas entre otros y los costos fijos de producción que es el valor que se debe pagar sin importar el nivel de producción de la empresa como arriendos o intereses bancarios.

## **Implicación de demanda y oferta**

Cuando una persona está dispuesta a adquirir un bien o servicio como el servicio de salud y tiene la capacidad de adquisición para satisfacer sus necesidades y expectativas es lo que se conoce como demanda, siendo la cantidad de este bien o servicio lo que se denomina cantidad demandada. Por otra parte, la intención de venta y disponibilidad de un producto o servicio por parte de un proveedor se conoce como oferta según Mochón y Carreón (2014). Si a esta oferta se le agrega servicios complementarios y otros atributos que logren la satisfacción del cliente y sus expectativas se conoce como oferta de valor (Andrade y Morales, 2007).

Una vez comprendidos estos conceptos, es necesario realizar un análisis de la oferta y demanda dentro del portafolio de servicios a prestar por parte de la IPS que estudia la relación entre cliente y proveedor lo que a su vez genera el valor de este y permitirá prever su comportamiento en el mercado. (Eastin y Arbogast, 2011, párr. 2). El análisis de la oferta y la demanda puede ser realizado a partir de la curva de demanda y la curva de la oferta, cuya interpretación permite analizar el comportamiento del consumidor y del vendedor respectivamente.

Como se mencionó inicialmente, el análisis de oferta y demanda permite entre otras cosas identificar el valor y precio que puede tener el servicio, para lo cual se deben tener en cuenta los canales de distribución, cuántos intermediarios se encuentran desde el productor hasta el consumidor final, los cuales naturalmente buscarán ganancia en cada etapa; niveles de calidad esperados por el cliente y otorgados por el productor el servicio, niveles de ganancia esperada y competitividad (Instituto Nacional del Emprendedor, s.f.). El precio debe ser analizado cuidadosamente ya que este puede llamar la atención del cliente y ser competitivo en el mercado o lograr todo lo contrario. Por tanto, el precio se establece a partir de lo que se quiera ofrecer al consumidor final, sea calidad o economía (Instituto Nacional del Emprendedor, s.f.).

## **Estudio de mercado**

Siguiendo el modelo de investigación de mercados de Kotler y Armstrong (2007), se establecen cuatro pasos en el proceso de investigación de mercados, el primero, tal como se ha hecho en la presente investigación, implica el planteamiento del problema y establecimiento de objetivos, el segundo paso consiste en desarrollar un plan de investigación para obtener la mayor información posible de fuentes primarias y secundarias para proceder al tercer paso; la aplicación del plan de investigación de mercados aplicando diferentes herramientas para la recolección de datos que puede ser observacional, por encuesta y experimental. Una vez consolidada se analizará la información y, por último, el cuarto paso corresponde a la interpretación y conclusiones de dicha información a través de procedimientos y modelos estadísticos que hacen más precisa actual y exacta la información. Los autores precisan que la estrategia de marketing indica la población potencial a atender, en este caso, la población indígena en Bogotá, además la estrategia cuestiona cuál es ese valor agregado de atención para dichos clientes. Los programas de marketing enfatizan en la importancia de las relaciones con los clientes para perfeccionar, materializar y transformar la estrategia, entender el mercado, necesidades y deseos de los clientes fortalecer la relación y conllevar al éxito del negocio (pp. 130-150).

Las principales herramientas del marketing se clasifican en cuatro grandes grupos, denominados las cuatro P del marketing: producto, precio, plaza y promoción. Para entregar su propuesta de valor, la empresa primero debe crear una oferta de marketing que satisfaga una necesidad (producto). Debe decidir cuánto cobrará por la oferta (precio) y cómo la pondrá a disposición de los consumidores meta (plaza). Finalmente, debe comunicarles a los clientes meta la oferta y persuadirlos de sus méritos (promoción). Los autores utilizan el término de mercado de consumo que se entiende como la adquisición de bienes y servicios para consumo personal para individuos y hogares bajo un modelo de estímulo-respuesta, donde el estímulo son fuerzas importantes que influyen en la necesidad de consumo ya sean económicas, tecnológicas, políticas y culturales. (Kotler y Armstrong, 2007).

## **Enfoque administrativo**

La teoría de la administración recorrió tres eras a lo largo del siglo XX. La primera fue la estabilidad y previsibilidad de la era clásica, seguida por la burocracia y finalmente las relaciones humanas. El enfoque de la IPS del presente trabajo se desarrolla en la teoría de las relaciones humanas, la cual tiene su origen en la necesidad de humanizar y democratizar la administración, transformándola de los conceptos de la teoría clásica a nuevos patrones de vida, hace hincapié en las personas, ya que el éxito de las empresas depende de estas, el gerente debe ser un facilitador líder el cual debe conseguir la confianza de las personas, debe fomentar el cambio, su enfoque es informal y define la organización como un sistema de relaciones humanas que se caracteriza por la aplicación de las ciencias sociales (Chiavenato, 2014).

## **Estructura administrativa**

Según Criado, (2009) la estructura administrativa debe estar orientada a la consecución de los objetivos de la organización, articulando las personas mediante un esquema que muestra las relaciones su interacción con los procesos y los elementos que se maneja por áreas, así mismo se visualiza la organización del trabajo, su jerarquización, amplitud, departamentalización, comunicación e interrelación de los diferentes puestos de trabajo. Citando al mismo autor, señala que una forma de mostrar dicha estructura es a través del organigrama en el cual se pueden evidenciar los siguientes componentes de acuerdo:

**Jerarquía:** Niveles de autoridad que presenta la organización.

**Amplitud:** Cantidad de departamentos o unidades que presenta la organización

**Mecanismos de organización y control:** Permiten articular las diferentes dependencias y niveles de jerarquía de la organización.

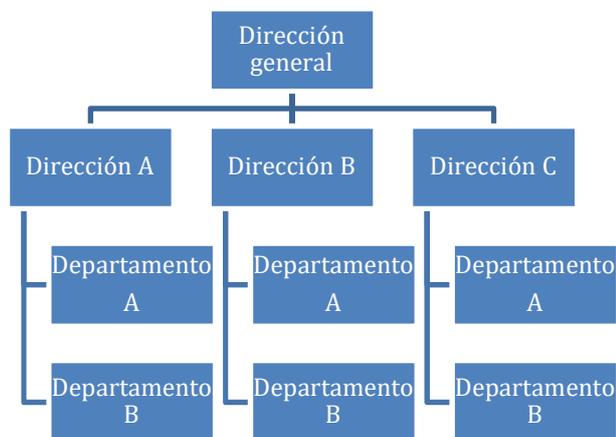
**Puestos de trabajo:** Unidad más pequeña de la estructura administrativa que comprende un conjunto de tareas que debe ejecutar la persona en dicho puesto bajo condiciones específicas.

Unidades: Está compuesto por uno o más puestos de trabajo a los cuales se les asignan atribuciones o posibilidades de actuación y medios dentro del ámbito que le corresponde dentro de la estructura administrativa.

## Organigrama

Según Fleitman, (2000) los organigramas son una representación gráfica de la empresa que va a permitir la representación jerárquica de la misma y permite identificar líneas de autoridad y asesoría buscando cumplir la misión y visión de la empresa los cuales se clasifican en los siguientes tipos: 1) por su naturaleza 2) por su finalidad, 3) por su ámbito, 4) por su contenido, 5) por su presentación o disposición gráfica, el cual será aplicado para la investigación específicamente a través del organigrama de estructura mixta que utiliza combinaciones verticales y horizontales para ampliar las posibilidades de graficación. (Gráfico 3)

**Gráfico 3. Organigrama mixto**



**Fuente:** *Elaboración propia modificado de Franklin. E (2004) Organización de las empresas pp. 84 Mac Graw Hill Segunda Edición.*

## **Departamentalización**

Según Garza (2010) la departamentalización es una forma de agrupar actividades o funciones similares y lógicamente relacionadas en una organización, su propósito es facilitar el cumplimiento de los objetivos en las que el administrador tiene autoridad sobre la ejecución de actividades específicas. Existen varios tipos de departamentalización principalmente son cinco los más utilizados. 1) Funciones organizacionales 2) organización de productos, 3) orientada hacia los clientes, 4) geográfica 5) por proceso. (pp. 92)

1) Funciones organizacionales: Se caracteriza por la similitud de funciones de cada miembro, se divide en departamentos con un alto grado de especialización en sus labores específicas.

2) Organización de productos: Se organiza según su producto o líneas de producto, sus ventajas son mejor aprovechamiento del capital, instalaciones, conocimiento y esfuerzo mejora el crecimiento y la coordinación de las actividades.

3) Orientada hacia los clientes: Hay un departamento especializado para cada giro del cliente, enfocada en sus necesidades específicas y requisitos.

4) Geográfica: Se utiliza en organizaciones en regiones extensas permite delegar responsabilidades, mejora la coordinación, mercado y comunicación local.

5) Por proceso: Organiza de las actividades en el tiempo y espacio con unas entradas y salidas, permite mejor aprovechamiento de la tecnología y de los recursos. (pp. 92 – 100)

## **Creación de empresa en Colombia**

Colombia para la creación de una empresa, ha generado procesos dinámicos y ágiles que permiten que dicha creación sea relativamente rápida, llegando en algunos casos a durar solo 48 horas el proceso total, este proceso se logra gracias a la ley 1258 del 2008 en donde se disminuyen los pasos con la inscripción a cámara y comercio, obtención del NIT y el RUT, adicionalmente la

cámaras y comercio mediante la ventanilla única agrupa todos los tramites en un solo lugar, esto hace que el tiempo promedio de apertura disminuya según el estudio Doing Business Global 2017 (Portafolio, 2017).

Las empresas para iniciar su operación requieren la formalización de la actividad económica que está generando la cual es considerada como una de las partes más complejas del proceso, por lo que muchas compañías prestan el asesoramiento de cada uno de los elementos que se deben llevar a cabo. Este se considera que presenta 4 elementos básicos según el grupo Bancolombia (2016): el nombre de la empresa que se consulta ante cámara de comercio, el registro de la DIAN, apertura de cuenta bancaria y registro de la sociedad por escritura pública ante notaria. Los pasos que se considera que debe seguir una empresa para su formalización se encuentran en el anexo 1.

### **Aspectos técnicos**

Para poder realizar un estudio de factibilidad para la creación de una IPS, se debe realizar un estudio de los aspectos técnicos que se requieren. Los aspectos técnicos son los equipos, los cuales son la “colección de utensilios, instrumentos y aparatos especiales para un fin determinado” (RAE, 2018); los equipos constituyen entonces la dotación que debe tener la IPS para prestar sus servicios de salud y es uno de los estándares de habilitación de acuerdo a la resolución 2003 de 2014 y el decreto 780 de 2016, se incluyen también las necesidades de infraestructura física, recursos físicos y humanos para la prestación del servicio.

El sistema único de habilitación (SUH) hace parte de los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, el decreto 780 de 2016 define el SUH como un conjunto de normas que establece y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad en diferentes aspectos: tecnológico, científico, de suficiencia patrimonial, financiero y técnico administrativo; aspectos indispensables que dan seguridad a los usuarios frente a la prestación de

servicios. Los estándares y criterios establecidos son de obligatorio cumplimiento para los Prestadores de servicios de Salud y las entidades administradoras de planes de beneficios.

Por una parte, los estándares de habilitación de la capacidad tecnológica y científica del SUH, para prestadores de servicios de salud son establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y por otra, las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera son aquellas que posibilitan la estabilidad financiera del mismo en las entidades prestadoras de servicios de salud y el Ministerio de Salud establecerá los requisitos y procedimiento para que las entidades departamentales y distritales de salud puedan valorar la suficiencia patrimonial de las instituciones prestadores de servicios de salud. Finalmente, las dos condiciones de capacidad técnico-administrativa para las entidades prestadoras de servicios de salud son: el cumplimiento de los requisitos legales exigidos por la normatividad vigente con respecto a su existencia y naturaleza jurídica y el cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que demuestren que la institución prestadora de servicios de salud cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según la normatividad financiera vigente.

El Ministerio de Salud consolida a través de un registro especial de prestadores de servicios de salud, una base de datos de las entidades que se encuentran habilitadas y son las entidades departamentales y distritales de salud quienes realizan el proceso de inscripción ante el Ministerio.

La resolución 2003 de 2014 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación. Esta define siete estándares de habilitación para defender la vida, la salud y dignidad del paciente que son: talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica, registros e interdependencia.

La resolución además de establecer los criterios de habilitación para cada estándar define los estándares de habilitación por servicio.

**Consulta externa:** contempla los servicios de consulta: externa general, especializada, odontología general, especializada y medicina alternativa. Este servicio permite dar un diagnóstico y conducta terapéutica que mejore la salud del paciente manejado por los profesionales de salud

que son dados dependiendo de los servicios ofertados, por lo tanto, no requiere la internación, se realizan tratamientos y procedimientos de tipo ambulatorio, se atienden condiciones de salud de baja complejidad, programas de promoción y prevención, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de baja complejidad.

**Urgencias:** de baja, mediana y alta complejidad

**Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica:** servicio farmacéutico de baja, mediana y alta complejidad, toma e interpretación de radiografías odontológicas, radiología e imágenes diagnósticas de baja complejidad, radiología e imágenes diagnósticas, mediana y alta complejidad, ultrasonido, medicina nuclear, radioterapia, quimioterapia, diagnóstico cardiovascular, electro diagnóstico, transfusión sanguínea, toma de muestras de laboratorio clínico, laboratorio clínico baja, mediana y alta complejidad, tamización de cáncer de cuello uterino, laboratorio de citologías cervico-uterina, laboratorio de histotecnología, laboratorio de patología, endoscopia, hemodiálisis, diálisis peritoneal, terapias alternativas, neumología - laboratorio de función pulmonar y hemodinamia.

Por su parte la ubicación geográfica de la organización es un aspecto técnico que, si se considera cuidadosamente antes de escogerla, evita costos adicionales por ampliaciones, remodelaciones, reubicaciones, etc.; por lo cual se sugiere que se base en la misión de la organización y el mercado en el que va a incursionar para definir posteriormente: ubicación de acuerdo con lo estipulado en el plan territorial de la zona escogida; grado de accesibilidad esperado por parte de sus potenciales clientes (carreteras, parqueaderos, etc.) y por parte de los proveedores (por si es necesario contar con suministros frecuentemente); riesgo de requerir adecuaciones o remodelaciones; servicios públicos que requiere la organización para realizar sus actividades y que el área disponible sea acorde a todas las actividades que se quieren realizar en ella.

Siguiendo la propuesta de Gamarra y Paredes (2015) el crecimiento, productividad y competitividad son elementos fundamentales para la formación del talento humano; éste es considerado como el capital intelectual de las organizaciones, es intangible y para alcanzar su

máximo potencial, las organizaciones deben velar por satisfacer las necesidades de todas las partes interesadas, entre éstas, colaboradores y usuarios beneficiarios. En primer lugar, la infraestructura es el espacio donde se desarrollan habilidades intelectuales y operativas, debe ser un lugar dotado, adecuado operativa y estratégicamente que cumpla con condiciones específicas para lo que fue diseñado, en este lugar el recurso humano debe tener a su alcance todos los equipos e insumos necesarios para desarrollar sus labores exitosamente y los clientes beneficiarios encontrar y superar sus necesidades y expectativas.

### **Estudio financiero**

El análisis financiero es una herramienta que permite la evaluación de la viabilidad financiera de una empresa o entidad, así como la proyección de los recursos y gastos necesarios para la implementación de esta para lo cual se requieren los conceptos que se exponen a continuación:

### **Costos operacionales**

Los costos al interior de toda organización tienen una gran importancia dado que son los que indican cómo se están utilizando los recursos para la producción y cuál es el nivel de producción óptimo. Los costos al interior de una organización se encuentra divididos según Mochón (2006) en diversos elementos, el primero de ellos son los costos contables o explícitos y los costos de oportunidad o implícitos, estos costos se hayan definidos como “Los costes explícitos son los costes de los factores que exigen a la empresa un desembolso de dinero mientras que los costes implícitos son los costes de los factores que no exigen a la empresa un desembolso de dinero” (pp. 62) y en segunda parte son definidos como costos de corto plazo y costos de largo plazo.

Los costos de corto plazo son aquellos costos que presentan un elemento que tiene una característica fija y otra variable, por lo que estos se dividen en costos variables (C.V.) que

dependen del volumen de producción como la mano de obra y las materias primas. Los costos fijos (C.F.) no van a depender del volumen de producción y por esta razón siempre se generarán haya o no producción; entre estos están la depreciación y mantenimiento de equipos, edificios, gastos financieros entre otros. Así los costos totales (C.T) estarían dados por la sumatoria de los costos fijos y los costos variables.  $C.T = C.F + C.V.$

El costo marginal (Cm) es el incremento del costo con cada nueva unidad producida, y nos muestra lo que cada unidad de producto le aportará a la producción y estaría dado por la razón de las diferencias de los costos totales sobre la diferencia de las unidades producidas (Q) siendo  $C.M = (CT_{final} - CT_{inicial}) / (Q_{final} - Q_{inicial})$  (Mochón, 2006). Los costos medios (C. Me) son los costos totales incurridos para la producción de una unidad matemáticamente se expresaría  $C. Me = C. T / Q = C. V / Q + C.F / Q$ . El punto de producción óptima estará dado por el punto donde el costo marginal sea igual al costo total medio  $Cm = C.T / Me$

Los costos a largo plazo son aquellos que se van a generar cuando ya no se tienen en cuenta costos fijos, esto se da porque en el tiempo las empresas comienzan a tener la posibilidad de compra de nuevas maquinarias ampliar la zona de trabajo, o expandirse lo que hace que estos costos que inicialmente se consideraban fijos se transformen en variables al largo plazo.

Finalmente un último costo que se debe tener en cuenta es costo social los cuales se hayan definidos como el costo total que debe pagar la sociedad cuando ocurre un acto de utilizar un recurso (Universidad Autónoma de México, s.f.), este costo no es un costo que es pagado solo por el creador del mismo sino que a su vez es pagado por las personas y la empresa, es decir, es un costo externo, así para el cálculo del costo social se debe incluir los costos totales de la empresa más este costo externo que viene reflejado por todos los problemas de tipo ambiental entre otros que puede generar la organización.

Teniendo en cuenta que todos y cada uno de estos costos que son de gran relevancia para la regulación de la actividad de la empresa, no se puede dejar de lado ninguno de ellos, además una

IPS presenta costos que son la erogación de dinero que no se puede imputar directamente al desarrollo de la actividad o procedimiento, esto se da porque cada IPS legalmente, debe habilitar los servicios de salud dentro de diferentes tipos de condiciones mínimas en diferentes áreas. Entre las que están las de talento humano, las condiciones de infraestructura y las de dotación (González, et al., 2017, pp.32) lo que aumenta la importancia del adecuado cálculo de cada uno de ellos.

### **Calculo de costos en una empresa de servicios**

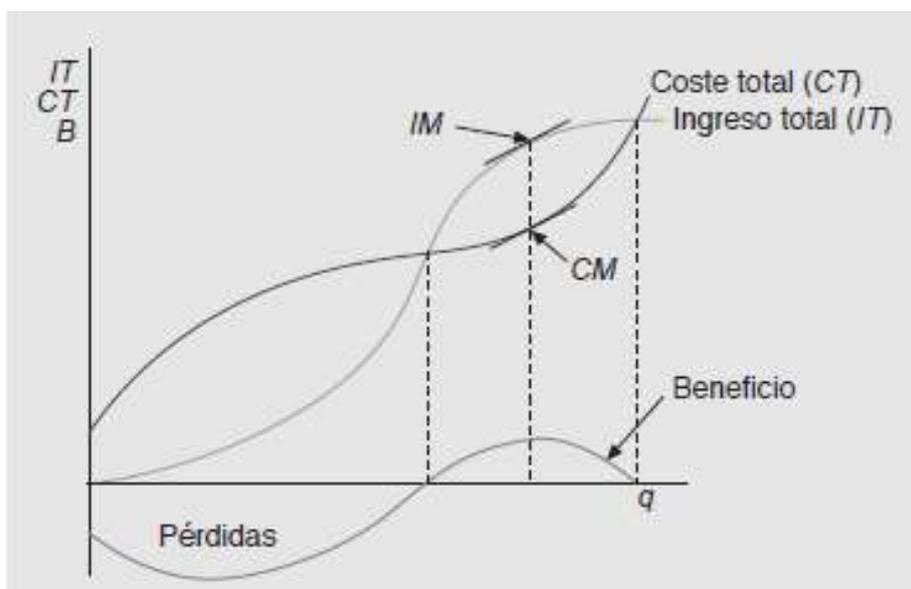
Una empresa de servicios tiene los mismos elementos de costos de una empresa manufacturera pero con la característica que el producto a entregar no es un bien tangible sino intangible, por lo que el costo de generación del servicio está dado el valor de la compra del servicio básico, más mano de obra, insumos requeridos y cualquier otro recurso utilizado, es así como se debe revisar la relevancia de los costos de cada uno de los elementos utilizados y poder diferenciar entre los costos directos e indirectos de producción teniendo en cuenta que lo que es relevante para un tipo de empresa puede no serlo para otra empresa, sin embargo uno de los costos más importantes en este tipo de empresas es la mano de obra el cual puede ser o no usada como base para cálculo de los otros costos, igualmente en el cálculo de estos costos se debe tener incluida la cadena de valor en cada una de las etapas de elaboración del servicio. Una vez calculados cada uno de estos costos se lleva a la realización del cálculo del costo total y cada uno de los costos directos en indirectos para llevar a la generación de un precio adecuado para el servicio generado.

### **Ingresos operacionales**

El siguiente punto de importancia para la organización son las utilidades o beneficios obtenidos bien sean económicos o sociales y para una empresa con ánimo de lucro estos beneficios deben de ser prioritariamente económicos para que la misma sea auto sostenible y tenga un crecimiento a futuro, por lo que el cálculo del beneficio se transforma en algo de gran importancia y está definido como “la diferencia entre los ingresos totales y los costes totales. *Beneficio (B) = Ingresos totales(IT) – Costes totales (CT)*” (Mochón, 2006, pp. 67), sin embargo en las empresas se

encuentran 2 tipos diferentes de beneficios, los beneficios económicos y los beneficios contables en el cual el primero tiene en cuenta los costos de oportunidad, mientras el segundo solo observa los costos contables, por lo que la misma debe propender por la maximización de los beneficios el cual se lograra cuando la diferencia entre los ingresos totales y los costos totales sea la mayor, que al verse de forma gráfica observa este punto cuando los ingresos marginales (I.M) son iguales a los costos marginales (C.M) (grafico 4).

**Gráfico 4. Maximización de los beneficios**



**Fuente:** Mochón F. (2006) *principios de economía pp. 68 Mc-Graw Hill España tercera edición*

Es así como teniendo en cuenta estos factores de ingresos, existen 3 posibles escenarios para la organización, beneficios normales o nulos que es cuando los costos totales son iguales a los ingresos totales -en este punto la empresa presenta un beneficio contable, pero su ingreso es nulo dado que no está presentando beneficios económicos, generalmente esto sucede cuando la empresa está vendiendo a un precio que iguala al costo total medio-; beneficios extraordinarios -es cuando los ingresos totales son superiores a los costos totales, en este punto se dice que la empresa ha superado los costos de oportunidad y presenta un beneficio económico, ya que el precio o ingreso del producto es superior al costo total medio generado- y el último estado sería pérdidas -en este

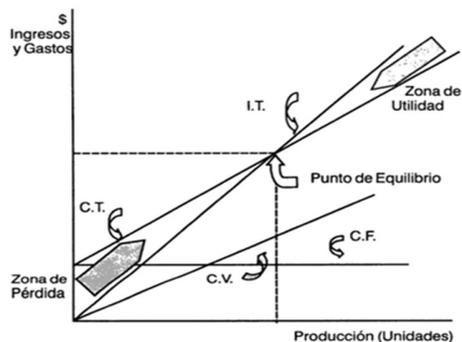
punto los ingresos totales van a ser menores que el costo total y por lo tanto se considera que la empresa está generando un precio menor al de los costos (Mochón, 2006)-.

También existe un grupo de beneficios que no son tácitos como son los beneficios sociales que pueden ser para la organización, así como para la comunidad, pero en su gran mayoría son para la comunidad y ella recibe esta retribución sin realizar un pago directo a la empresa que los genera.

### **Punto de equilibrio financiero**

Al revisar los ingresos y costos operacionales se considera necesaria la utilización de diferentes herramientas para la toma de decisiones a nivel financiero. Una de las más importantes es el punto de equilibrio que se encuentra definido por Levy como un instrumento que permite el análisis del estado financiero que predetermina las utilidades, sirviendo para la planeación de la operatividad y la toma de decisiones financieras con el análisis de costo e ingresos (pp.105, 2005), por lo que su importancia radica en que nos define el volumen de producción mínimo necesario para lograr el beneficio económico extraordinario y nos muestra el punto en el cual obtenemos un beneficio económico nulo que representa el nivel de producción en el cual las ventas y la utilidad es igual a cero, el área de la curva superior al punto de equilibrio nos representa las ganancias o beneficios extraordinarios y por debajo las pérdidas lográndose diferenciar los diferentes estados de pérdida dependiendo del costo fijo (Gráfico 5).

**Gráfico 5. Representación integral de todos los elementos del análisis del punto de equilibrio**



**Fuente:** Recuperado el 11/11/2018 de:

<https://books.google.es/books?id=zrjKBSptgdcC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

### **Valor presente neto**

Dentro de los elementos para el análisis de la viabilidad financiera se encuentra el valor presente neto (VAN), que permite generar el cálculo en valores actuales del flujo de caja futuros proyectados para la inversión, siendo un valor neto puesto que el dinero invertido inicialmente se resta, dando el análisis de este monto considerando el retorno y la tasa de oportunidad del inversionista.

La viabilidad se da por el resultado, dando 3 posibilidades:  $VAN > 0$  un proyecto viable,  $VAN < 0$  el proyecto se considera inviable y  $VAN = 0$  da igual invertir o no en el proyecto y otros aspectos del proyecto tomarían una mayor relevancia para determinar su viabilidad.

### **Tasa interna de retorno**

La tasa interna de retorno (TIR) permite definir el interés al cual el dinero invertido retorna de la inversión siendo exclusiva del proyecto y con una relación directa con el flujo de dinero en el mismo, al ser comparado con el costo de oportunidad (R) del dinero que entraría a la inversión

presenta 3 posibles escenarios:  $TIR > R$  proyecto viable,  $TIR < R$  proyecto inviable y  $TIR = R$  el proyecto no genera un valor económico y entran a tener relevancia otros factores para definir su viabilidad.

### **Enfoque de necesidades básicas insatisfechas**

Según Plazas (2016) todo proyecto social adicional a los cálculos financieros requieren la medición de otros factores que calculen el beneficio social del mismo que evidencian su viabilidad, es así como una de las herramientas que se utiliza para esto es el índice de necesidades básicas insatisfechas (INBI) en el cual se necesita un instrumento que permita conocer las características y necesidades de la población objeto del proyecto para posteriormente realizar una evaluación expost del proyecto valorando la variación de estas necesidades insatisfechas y cuántas son mejoradas con la aplicación del mismo.

### **Marco Legal**

Para tener en cuenta las características administrativas y legales que debe cumplir la conformación de una IPS se tomaron en cuenta conceptos de la normatividad colombiana. Ver anexo 2.

## **Diseño Metodológico**

El presente estudio tiene enfoque mixto y alcance exploratorio ya que pretende conocer la factibilidad de la creación de una IPS con enfoque diferencial a la población indígena.

El enfoque es mixto ya que para su realización se requiere información cualitativa y cuantitativa, pues los instrumentos usados para recolectar esta información son encuestas y entrevistas semiestructuradas en las cuales se busca saturar de información variables específicas de la atención en salud -instrumentos que son utilizados en estudios cualitativos-; por otro lado, este estudio también toma datos cuantitativos como son: el número de IPS que prestan atención a la población indígena, datos demográficos de la población atendida, análisis de oferta y demanda través de métodos estadísticos, entre otros datos de tipo cuantitativo que se verán más adelante.

Su alcance es exploratorio dado que no hay IPS con atención diferencial en la ciudad de Bogotá, por lo cual se requiere explorar la factibilidad de este tipo de instituciones con información tomada directamente de la población indígena y de las entidades aseguradoras.

El diseño del estudio es no experimental, pues analiza la oferta y demanda de servicios de salud de la población indígena en Bogotá y describe la factibilidad de la creación de una IPS con atención diferencial, por lo que no requiere intervención en alguna de las variables estudiadas para su estudio, como sí lo requieren los estudios de tipo experimental.

El estudio incluye dos poblaciones:

- Las EPS a quienes se indaga sobre la posibilidad de contratar una IPS que preste atención diferencial a la población indígena. El acceso a la muestra de esta población se obtiene por oportunidad, debido a las dificultades que puede tener el acceso a este grupo particular. La entrevista aplicada es de tipo semiestructurada, en ella se busca indagar sobre el interés en contratar una IPS con atención diferencial y conocer la información de las Entidades Promotoras de Salud frente a sus afiliados indígenas. La entrevista inicial (Anexo 3) tuvo

una validación por dos expertos, tras la cual surgieron modificaciones y se definió la entrevista final (Anexo 4) la cual fue aplicada a las EPS.

- La población indígena, cuya muestra también se obtuvo por oportunidad, pues se aprovechó la coyuntura de la asamblea programada por el Cabildo Indígena Mhuysqa de Bosa, con la cual existía ya un contacto previo por parte de su gobernadora y el Concejo de salud de dicha población y dieron su autorización para que se pudiera aplicar la encuesta en este escenario. El instrumento escogido fue una encuesta (Anexo 5) que fue validada a través de prueba piloto aplicada a tres indígenas (que fueron escogidos como población representativa por sus características de edad, escolaridad y género) y que según sus sugerencias tuvo modificaciones dando como resultado una versión final (Anexo 6) la cual fue aplicada a 60 indígenas.

Para el análisis de la información recolectada de los anteriores instrumentos, se realizó un análisis estadístico en el cual se cuantifica cada una de las variables obtenidas. Aquellas variables cualitativas se agrupan para poder ser cuantificadas. Adicional a esto, se realizan mapas conceptuales y organigramas para facilitar la descripción de la estructura administrativa y otros requisitos para la conformación de una IPS.

La información se presentará de manera organizada dando respuesta a cada uno de los objetivos planteados.

## **Desarrollo de la propuesta**

En este capítulo se presentará el desarrollo de los objetivos específicos del trabajo de investigación.

**Primer objetivo:** Análisis de oferta y demanda de los servicios de salud de la población indígena en Bogotá.

### **Análisis entrevista para la población indígena**

Para análisis de la demanda de los servicios de una IPS con atención diferencial indígena se realizó una encuesta en el cabildo indígena Muisca durante la asamblea anual general del cabildo el 31 de marzo de 2019, en la cual durante la intervención del equipo de salud del cabildo se brindó un espacio para la realización de la encuesta que fue recibida con mucha disposición por parte de la población teniendo en cuenta que el cabildo está estudiando la posibilidad de la creación de una IPS para la población indígena muisca de la ciudad de Bogotá y esta información podría servir también como retribución por su participación en la investigación.

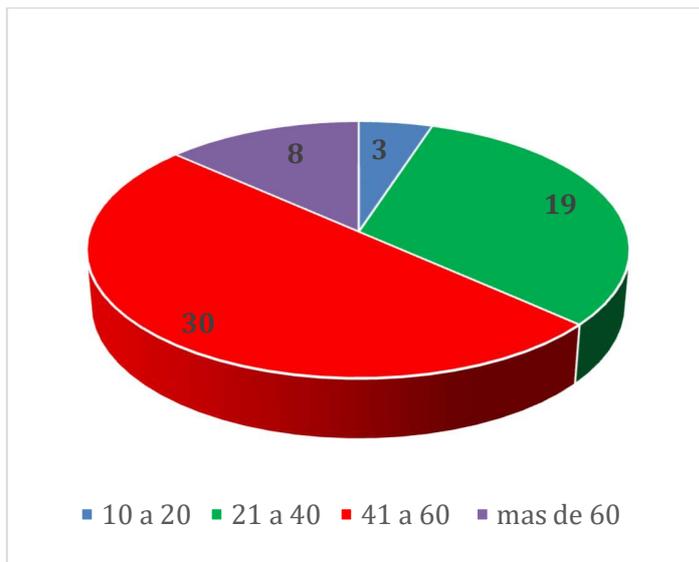
El tipo de muestra fue obtenida mediante un muestreo por conveniencia y oportunidad a 60 pobladores indígenas de la ciudad de Bogotá los cuales en su mayoría se encuentran viviendo en la localidad de Bosa, no obstante, se aclara que la población indígena en Bogotá se encuentra también en localidades como Fontibón, Suba, Ciudad Bolívar Engativá y Kennedy.

A continuación, se analiza cada uno de los puntos con sus diferentes hallazgos de forma gráfica y numérica, los valores y porcentajes de cada una de las preguntas se encuentran representados en las tablas del anexo 7.

### **Pregunta 1: Rango de edad**

En el gráfico 6 se evidencian las respuestas a la pregunta sobre la edad de la población encuestada, clasificada para su análisis en rangos de edad dados en juventud, adultez y vejez, en la cual se evidencia que la mayor proporción de personas se encuentra en el rango de 41 a 60 años considerándose la adultez el 50% del total seguida de la población considerada juventud entre 20 a 40 años con un porcentaje de 31,7%. Por lo que los servicios ofertados por la IPS deberían ser enfocados a satisfacer las necesidades requeridas por la población en este rango de edad al ser el 81,7% del total de la población encuestada.

**Gráfico 6. Rango de edad**



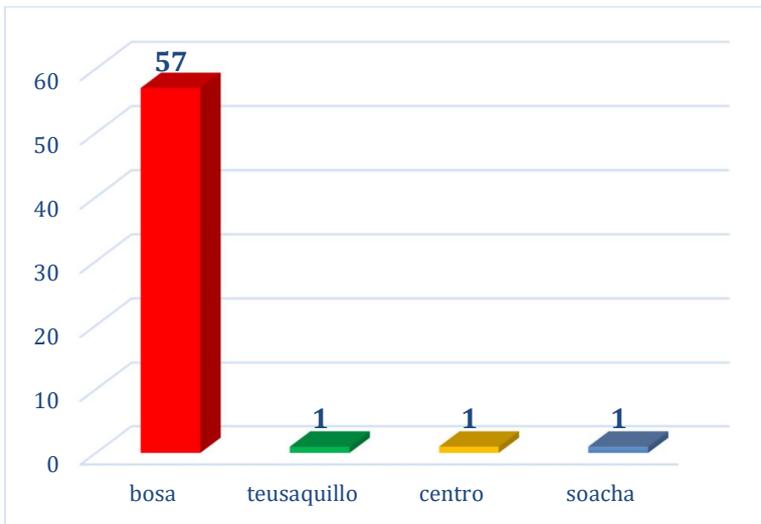
**Fuente:** *Elaboración propia*

### **Pregunta 2: Localidad en la que vive y comunidad a la que pertenece**

Las respuestas a las preguntas localidad y comunidad en la que vive se encuentran evidenciadas en la gráfica 7 y 8. Los datos de la encuesta se obtuvieron por conveniencia y por lo tanto la

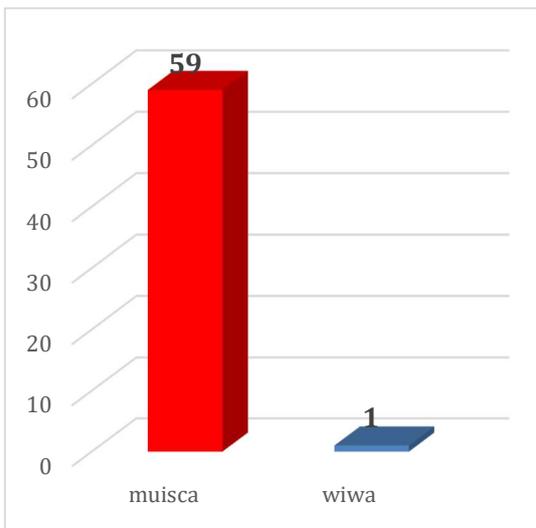
comunidad incluida fue aquella que asistió a una asamblea general del cabildo muisca de la localidad de Bosa a la que pudo asistir el equipo del presente trabajo, lo que explica que la población que se encuentre ubicada en dicha localidad corresponda al 95% del total (Gráfico 7) y casi toda la población sea Muisca (98,3%). Solo se evidenció una persona de otra comunidad que había sido invitada a la asamblea para que conociera el manejo de esta (Gráfico 8).

**Gráfico 7. Localidad en la que vive**



**Fuente:** Elaboración propia

**Gráfico 8. Comunidad**

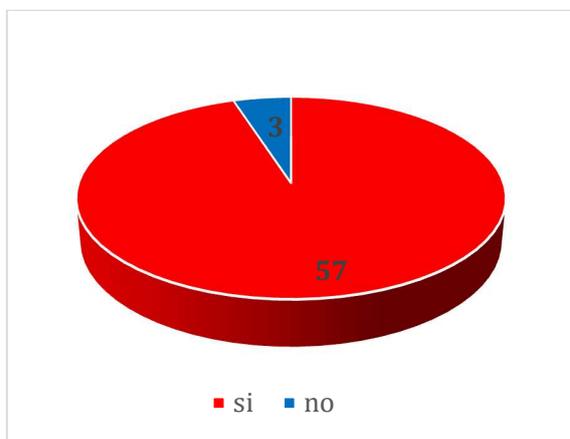


**Fuente:** Elaboración propia

### **Pregunta 3: ¿Está afiliado a alguna EPS?, ¿Cuál?**

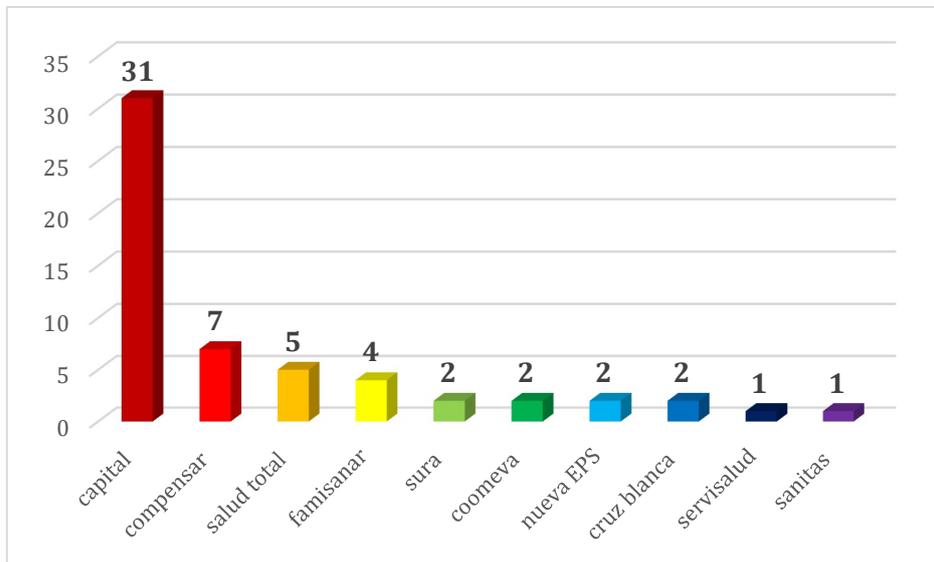
En el gráfico 9 se evidencia que la población indígena sin afiliación a una EPS corresponde al 5% siendo un valor similar a las estadísticas a nivel nacional, lo cual indica que la cobertura en salud de la población indígena estudiada es buena y similar al de la población colombiana no indígena, la cual en su gran mayoría (54,4%) son afiliados a Capital Salud, seguido por Compensar con un 12 %, Salud Total con un 8,8% y Famisanar con un 7% de la población afiliada (Gráfico 10). La gran afiliación a Capital Salud puede explicarse por el hecho de que dicha entidad nació de la decisión del Distrito Capital de ofrecer una EPS para el régimen subsidiado cuando en la década del 2000 hubo retiro de varias EPS subsidiadas de la ciudad. También se explica la afiliación a otras entidades debido a que han sido integrados a través del régimen contributivo a las mismas. Esto muestra que las EPS objetivo para la contratación de la prestación del servicio de salud a la población indígena serían Capital salud, Compensar, Salud total y Famisanar con lo que se lograría un cubrimiento cercano al 80 % del total de la población afiliada al sistema de salud.

**Gráfico 9. Afiliación a una EPS**



**Fuente:** *Elaboración propia*

**Gráfico 10. EPS a la que se encuentra afiliado**

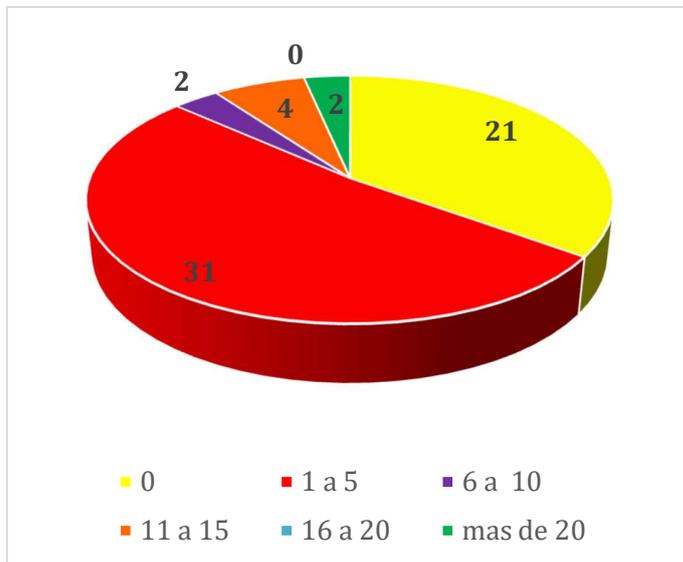


**Fuente:** *Elaboración propia*

**Pregunta 4: En el último año ¿Cuántas veces ha utilizado el servicio de salud?**

La utilización del servicio de salud por parte de la población indígena muestra baja frecuencia, encontrándose que el 35 % de la población indígena encuestada no ha utilizado el servicio en el último año (Gráfico 11). Este bajo uso se podría justificar por las barreras de acceso presentadas para la utilización de los servicios, barreras tanto administrativas como culturales pues, aunque no fue una pregunta realizada en la encuesta, se pudo evidenciar que varios indígenas no asistían porque preferían asistir al médico tradicional y se veían en la necesidad de asistir al médico occidental por solicitud de empresas o terceros o como último recurso ante la falta de mejoría tras seguir el tratamiento ancestral. Esto indica la necesidad de captar esta población mediante la utilización de un servicio diferencial para la población indígena en el que puedan acceder tanto a medicina tradicional como occidental mejorando su nivel de demanda de servicios de salud.

**Gráfico 11. Promedio de utilización del servicio de salud**

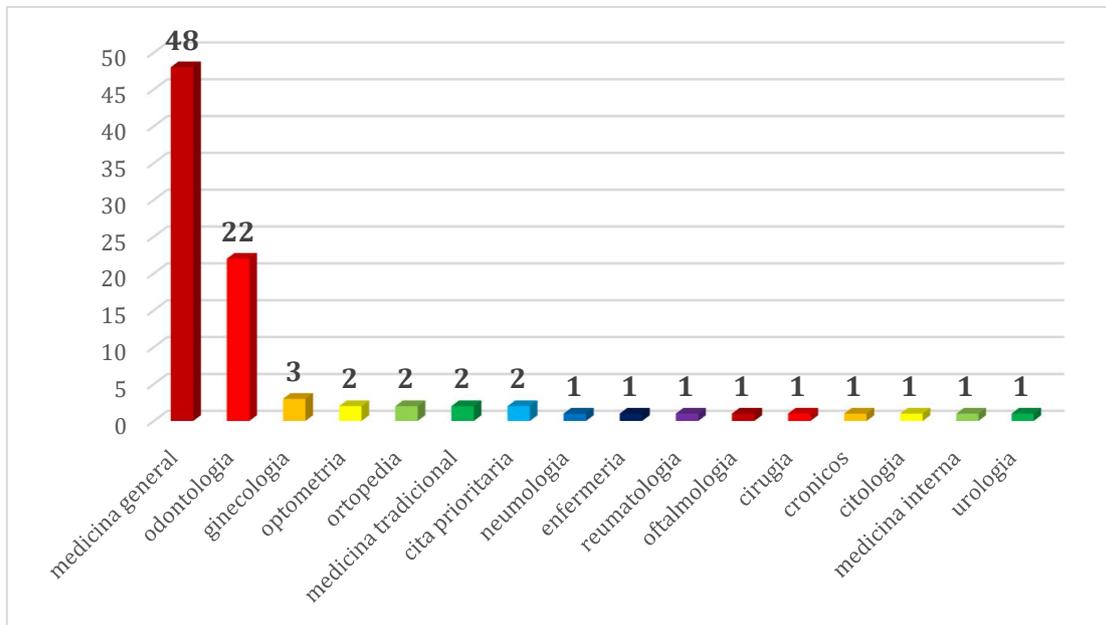


**Fuente:** *Elaboración propia*

**Pregunta 5. ¿Cuándo asiste al servicio médico, qué servicios utiliza?**

Los servicios más utilizados en las diferentes EPS a nivel de la población indígena son los servicios de medicina general y odontología con un porcentaje de 53,3% y 24,4% respectivamente (Gráfico 12) evidenciándose como los servicios más solicitados por esta población, lo que apoya la idea del equipo en crear una IPS de primer nivel que pueda centrar su portafolio de servicios en estas dos áreas. Adicionalmente, a pesar de que no se presta como parte de la EPS la medicina tradicional indígena, el 2,2% de la población encuestada indicó que utilizaba este servicio brindado por parte del cabildo.

**Gráfico 12. Servicios médicos más utilizados**

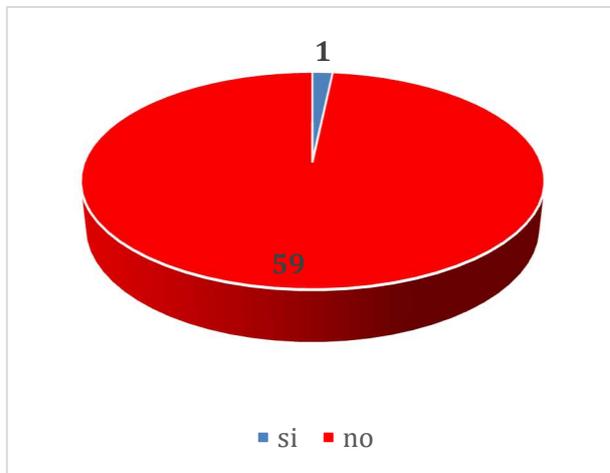


**Fuente:** *Elaboración propia*

**Pregunta 6: ¿Se ha sentido rechazado o discriminado en el servicio de salud por sus creencias religiosas o culturales?**

En la gráfico 13 se evidencia que únicamente una persona se ha sentido discriminada en la atención del servicio médico por su condición de indígena y especificó que esta discriminación se evidenciaba mediante un aislamiento al momento de hablar en el servicio e ignorando a la persona durante la prestación del mismo; el resto de la población indico que nunca se ha sentido discriminado por sus creencias y cultura en el servicio médico lo que indica que la prestación del servicio diferencial se daría más para aumentar su demanda que para disminuir discriminación hacia ellos.

**Gráfico 13. Sensación de discriminación en el servicio médico**

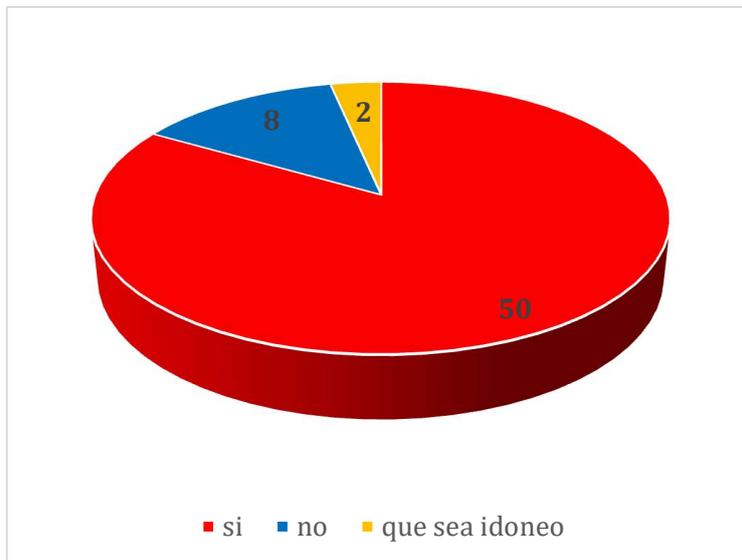


**Fuente:** *Elaboración propia*

**Pregunta 7: ¿le gustaría ser atendido por personal indígena en el servicio de salud?**

En el gráfico 14 se evidencia que la población encuestada muestra un gran interés por ser atendidos por personal indígena en un 83%, el 13 % por diferentes motivos no desean ser atendidos por personal indígena y un 3% es indiferente indicando que mientras sea un personal idóneo que atienda adecuadamente su motivo de consulta, no le importa cuál sea su origen étnico; debido a lo expresado por la mayoría de los encuestados, se considera que se puede mejorar la atención del paciente mediante contratación de profesionales y técnicos indígenas con habilidades y conocimientos idóneos en salud dentro de la IPS para dar mayor confianza a la población indígena que sea atendida.

**Gráfico 14. Deseo de atención por personal indígena**

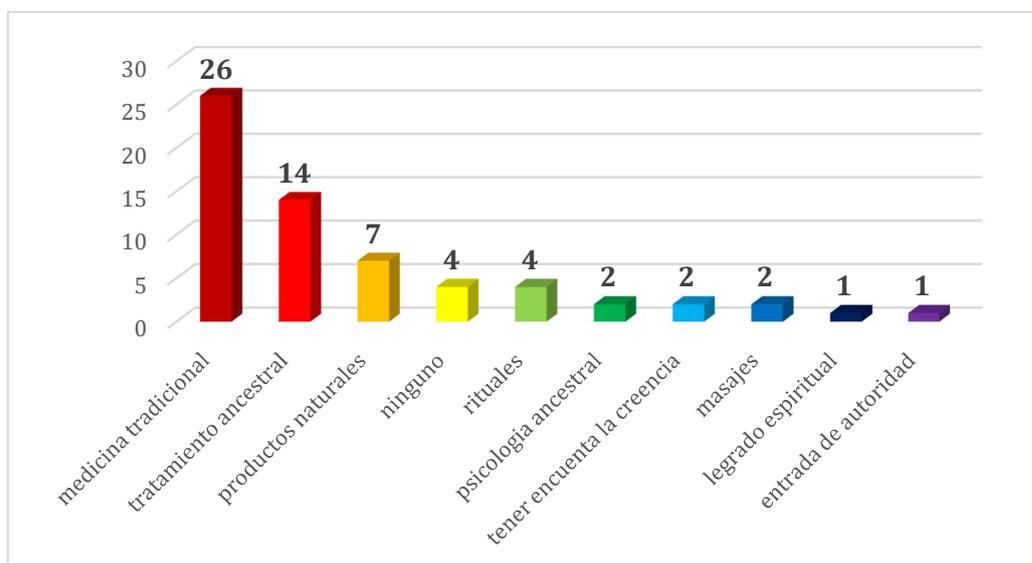


**Fuente:** *Elaboración propia*

**Pregunta 8: ¿Qué le gustaría que el servicio de salud le permitiera realizar de sus creencias cuando lo atienden?**

Se evidencia en el gráfico 15 que la población indígena tiene un gran deseo de que sus EPS le permitan el acceso al servicio de medicina tradicional con un 41,3% de los encuestados mostrando un gran interés, seguido por los servicios de tratamiento ancestral con un 22,2% y productos naturales con un 11,1% entre los que se encontraba hierbas medicinales, productos de elaboración propia, entre otros. Esto permite concluir que generará un gran atractivo para la población la prestación del servicio de medicina tradicional y tratamientos ancestrales dentro del servicio de salud occidental.

**Gráfico 15. Servicios deseados por la población indígena**



**Fuente:** *Elaboración propia*

Finalmente, se podría resumir de todos los datos obtenidos que las edades de la población indígena encuestada se concentran principalmente en joven y adulta, se encuentra en su mayoría afiliada a una EPS, principalmente Capital Salud y Compensar, demandando principalmente los servicios de consulta general y odontología. En su mayoría también presenta un mayor gusto hacia la atención prestada si el personal de salud que le atiende es de origen indígena y si en el servicio de salud se le permite tomar el servicio de medicina tradicional y le son prescritos tratamientos ancestrales lo cual representa una posible alternativa que debería ser considerada por las diferentes IPS e inclusive el gobierno distrital ya que se encuentra que un 35% de la población indígena no asiste a los servicios de salud y brindar este tipo de alternativas lograría un acercamiento a la población

## **Análisis entrevista a EPS**

La entrevista realizada a las EPS consistió en 5 preguntas abiertas que permitieran identificar el posible interés que las EPS tendrían en contratar una IPS con atención diferencial en Bogotá. Debido a la dificultad para acceder a funcionarios administrativos con los cuales se pudiera conocer los intereses de contratación de las EPS, solamente se pudieron analizar los datos de las EPS con las que se tenía algún tipo de contacto o cercanía con los miembros de la presente investigación, por lo cual la muestra también sería por conveniencia y oportunidad. Las EPS entrevistadas fueron Capital Salud, Aliansalud, Confacundi, Nueva EPS y Compensar. Tras analizar los datos de las entrevistas se presenta a continuación las conclusiones obtenidas por cada pregunta realizada.

*¿Cuánta población indígena atiende al mes?*

1. La Mayoría de EPS desconocen el número exacto de personas que atienden de población indígena al mes, evidenciando en una de ellas que la población mensual atendida es de 30 personas al mes.

*¿Estaría interesado en contratar una IPS que preste atención diferencial a la población indígena en Bogotá? ¿Por qué?*

2. Unas EPS refieren que si tuvieran el poder de decisión sí realizarían contratación ya que es una población desprotegida, sin embargo, afirman que depende del Ministerio de Salud que reconozcan y respeten las creencias de esta población para prestar este servicio diferencial, otras EPS refieren que no se requiere de este servicio de atención diferencial porque los servicios prestados por la EPS son regulados y prestados bajo el mismo modelo de salud.

*¿Cuántos comentarios, quejas o solicitudes ha recibido acerca de incluir cuidados indígenas?  
¿Cuántos frente a otros aspectos relacionados a la atención a la población indígena?*

3. Ninguna EPS refirió haber recibido quejas con respecto a la atención diferencial.

*¿Cuánto estaría dispuesto a pagar a una IPS que preste atención diferencial? ¿Qué tipo de contratación tendría?*

4. El conocimiento de las personas que se les realizó la entrevista en cuanto a contratación fue bajo, sin embargo refirieron que el pago sería similar al de las otras IPS por PGP o de acuerdo con la tarifa manejada a través de manuales tarifarios.

*¿Qué tipo de servicios son los más demandados por la población indígena?*

5. La EPS afirmaron que son los mismos servicios de primer nivel que utiliza la población general siendo los principales: medicina general, atención al paciente crónico y odontología.

### **Análisis oferta**

En la Asamblea General del Cabildo Mhuysqa, donde estuvo presente el Concejo de salud, se evidenció la intención y necesidad de crear una IPS indígena ya que no se cuenta con ella en la ciudad, sin embargo, todavía se encuentra en fase de planeación. Las IPS en Bogotá por su parte, no presentan evidencia de que se esté prestando atención diferencial a la población indígena o a otros grupos étnicos, por lo que la prestación de servicio diferencial sería la principal oferta de valor de la IPS del presente proyecto y la convertiría en la primer IPS que tuviera esta característica en la ciudad de Bogotá.

### **Análisis oferta y demanda**

De acuerdo con lo analizado se evidencia que aunque la demanda por un servicio diferencial indígena es alto y sería bien acogido y demandado por la población indígena en Bogotá, la oferta de dicho servicio depende del desarrollo de políticas de salud distritales o nacionales que permitan a las EPS financiar a las IPS que quieran ofertar los servicios con atención diferencial, ya que por el momento las EPS solamente están interesadas en pagar los servicios que estén especificados en

el Plan de Beneficios en Salud y mientras los servicios de medicina tradicional no se encuentren incluidos en el mismo, las EPS no consideran el pago de los mismos o un pago especial, por lo cual la sostenibilidad de dichos servicios tendría que hacerse de forma particular o tendría que realizarse una búsqueda de otros medios para su financiación.

**Segundo objetivo:** Estructura administrativa y legal de la IPS con atención diferencial

Para establecer la estructura organizacional y legal de la IPS, se escogió por su presentación o disposición gráfica el organigrama mixto (Gráfico 13) que utiliza combinaciones verticales y horizontales permitiendo ver una jerarquización del poder y haciendo que por los pocos niveles que presenta, la comunicación sea más fluida, adicionalmente, al ser una IPS de primer nivel, no requiere un organigrama de mayor complejidad o estructura.

En el nivel superior de la estructura administrativa se cuenta con un gerente general, el cual se encarga de liderar todos los procesos de la IPS y áreas administrativas, enfocado en el cumplimiento de indicadores de gestión para asegurar la calidad y funcionamiento de la IPS. El tipo de contratación tanto del gerente será por contratación directa a término fijo de un año ya que se requiere la presencia del gerente durante el tiempo de funcionamiento de la IPS y a su vez se requiere constante evaluación de su gestión para asegurar que la misma es óptima y realizar si corresponde, la renovación del contrato de este.

El siguiente nivel, subordinado al gerente, se encuentra el subgerente financiero, talento humano, recursos físicos, subgerencia científica. El subgerente financiero se requiere para administrar los recursos financieros de la IPS y asegurar la sostenibilidad de la IPS; el tipo de contratación que tendría sería a término fijo de un año con renovación de acuerdo a su gestión y con posibilidad de llegar a ser indefinido. La contratación tanto del gerente como subgerente y demás dependencias se realizará directo con la entidad, dando seguridad a los trabajadores para que puedan desempeñarse óptimamente en sus labores cotidianas. Como subordinado a este nivel

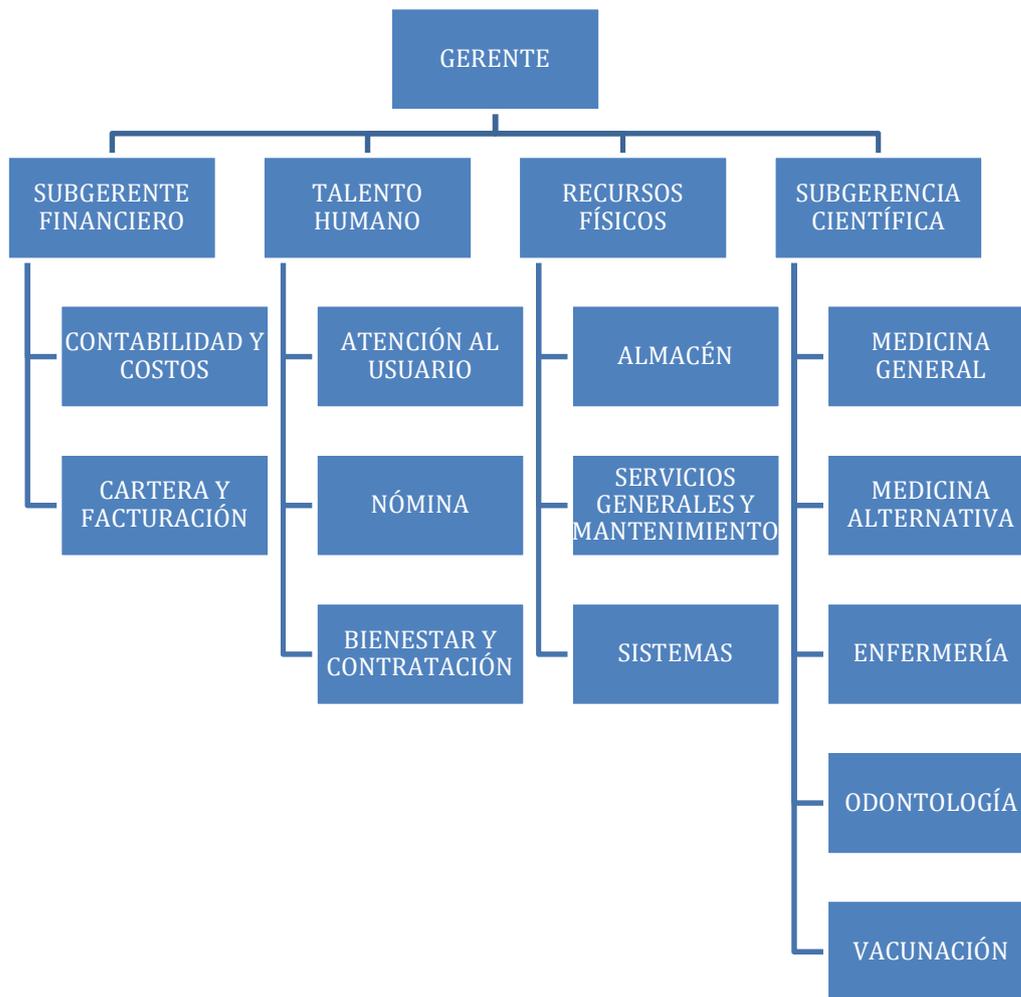
se encuentra contabilidad, costos, cartera y facturación los cuales serían manejados por técnicos administrativos.

El Talento Humano se encuentra liderado por un psicólogo el cual tendría la responsabilidad de administrar el talento humano en términos de pago de nóminas, contratación y demás funciones relacionadas. Como subordinadas se encuentran las áreas de atención al usuario, bienestar y nomina en el cual forman un canal de comunicación desde los pacientes hacia la institución para contribuir a la mejora continua.

Por su parte, el jefe de Recurso Físico tendrá la responsabilidad de administrar los recursos físicos los cuales se componen por las áreas de almacén, servicios generales, mantenimiento y sistemas, con técnicos encargados de la misma y de la tercerización del servicio de vigilancia y mantenimiento biomédico.

Finalmente, el subgerente científico estará encargado de administrar las dependencias de este servicio asegurando la propuesta de valor de la IPS durante la prestación de los servicios de salud en los diferentes servicios, cumplimiento de los objetivos estratégicos de la IPS, cumplimiento de la normatividad que aplica en salud, coordinación de turnos entre otras funciones relacionadas con la administración del talento humano en salud. Como dependencias de esta área se encuentran medicina general, medicina alternativa, enfermería, odontología y vacunación.

**Gráfico 16. Estructura administrativa y legal de IPS Creemos**



*Fuente: Elaboración propia*

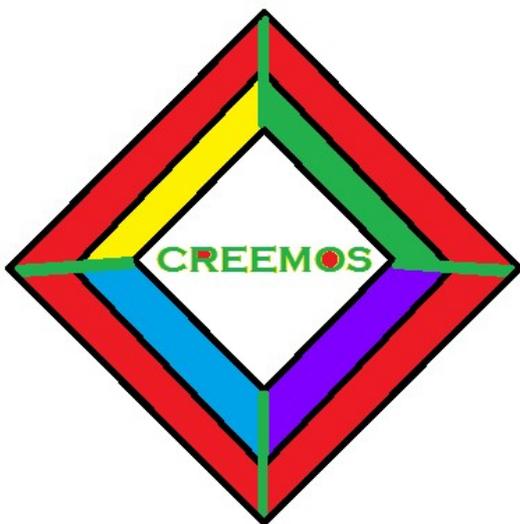
### **Tipo de sociedad**

El tipo de sociedad escogido para la IPS con atención diferencial a la población indígena del presente trabajo es Sociedad Comandita Simple ya que habrá socios colectivos que aportarán trabajo y que aportarán o no capital y socios comanditarios que se encargarán de aportar el capital inicial para la creación de la IPS, se llega a esta elección teniendo en cuenta que las otras sociedades disponibles de acuerdo con la normatividad colombiana requieren el aporte de capital por parte de todos los socios o un número mínimo de estos; con la elección de Sociedad Comandita Simple se

busca tener la flexibilidad de recibir socios que aporten ideas para la construcción de la IPS o que aporten con su capital, sin importar el número de interesados, ya que el objetivo es lograr que la IPS sea sostenible y cumpla los objetivos de brindar atención diferencial a la población indígena.

La IPS tendrá el nombre de IPS CREEMOS, ya que se quiere demostrar respeto y confianza en los conocimientos tradicionales de la población indígena y mostrar su valor al mismo nivel que los conocimientos de medicina occidental que se manejan actualmente, por lo que pueden unirse en una misma prestación de servicios de salud. La IPS tendrá el siguiente logotipo:

**Gráfico 17. Logotipo IPS Creemos**



**Fuente:** *Elaboración propia*

El Logotipo está basado en la ideología de los pueblos indígenas, ya que la bandera que actualmente representa a las comunidades indígenas cuenta con los colores rojo, amarillo, azul, violeta, verde y blanco y se encuentra como figura de rombo ya que de acuerdo con la ideología indígena Nasa, el rombo indica orientación y protección al representar los cuatro truenos que

protegen a esta comunidad, en la cultura inga por su parte representa el vientre materno, por lo cual semeja protección y cuidado; también se evidencia en simbología de otras culturas indígenas indicando unión. Dichos significados, unión, protección y orientación es lo que se busca brindar con la IPS Creemos.

### Ubicación y distribución de la IPS

Para la ubicación de la IPS se requiere una zona que sea central o de fácil acceso para la población de los diferentes sectores, en especial la población indígena, por lo que se considera que la zona de Kennedy central cumple dicha característica al permitir fácil acceso para la población de Bosa, Soacha, Kennedy, Fontibón y Ciudad Bolívar, (Imagen 1) cubriendo gran parte de la población que demanda los servicios.

**Imagen 1. Vista Bogotá general**

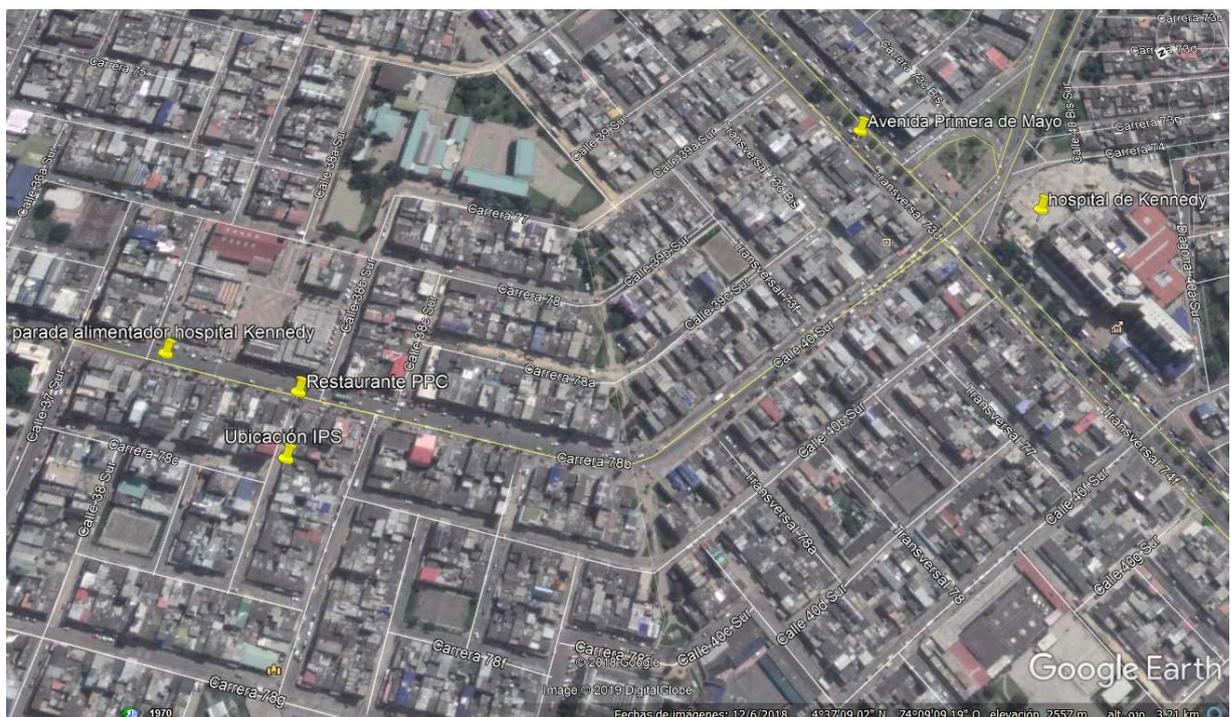


*Fuente: Google Earth, Image 2019 digital globe, 2018 google*

Al buscarse un área que se encuentre en arriendo para la ubicación de la IPS, se localiza un predio entre Calle 38 B Sur y Carrera 78 B (Imagen 2) a media cuadra de la Avenida Principal de

Kennedy y 5 cuadras de la Avenida Primera de Mayo donde se encuentra el hospital de Kennedy, en plena zona comercial, a una cuadra de la parada del alimentador de la estación banderas, con dimensiones de 6 metros de frente con 12 metros de fondo y tres niveles. El costo del arriendo de la vivienda es de 4.600.000 según la página web properati 0020.

## Imagen 2. Ubicación IPS



*Fuente: Google Earth, Image 2019 digital globe, 2018 google*

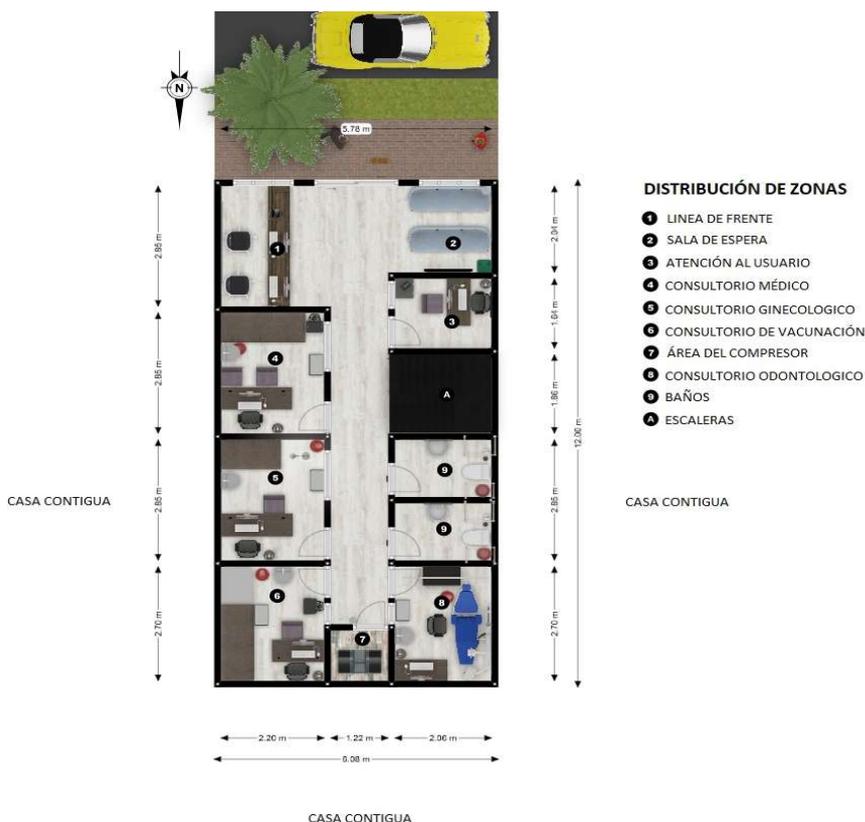
## Distribución IPS

Teniendo en cuenta que la estructura es una vivienda de 3 plantas, la distribución se dará como se muestra a continuación:

## Primer nivel

En el primer nivel se tendrá acceso para la población que requiere el servicio por la Carrera 38 B Sur en donde se encuentra una puerta de acceso corrediza, al ingreso de la zona se va a encontrar con línea de frente en donde hay dos personas para la atención de la población quienes registran el acceso y facturan los servicios prestados, una sala de espera con una pantalla para información de los turnos y una oficina de atención al usuario, posterior a esto se encuentran los consultorios de medicina y odontología que son de uso prioritario para los pacientes en condición de discapacidad, consultorio de vacunación, ginecología, baños adaptados para personas en condición de discapacidad, cuarto de compresor para los equipos de odontología y las escaleras para acceso al segundo nivel (Imagen 3).

**Imagen 3. Plano de primer nivel de IPS**



*Fuente: Elaboración propia*

En caso de emergencias la primera planta cuenta con ruta de evacuación punto de encuentro fuera de la edificación, desfibrilador, camilla para traslado manual, dos extintores tipo solkaflam especial para equipos electrónicos, manguera para incendios y alarma de humos adicionalmente cuenta, con baños, consultorios de odontología y medicina con acceso preferencial para personas con discapacidad motora, igualmente presenta una alarma para solicitud de atención en caso de presentarse un código azul en el área de recepción, cámaras de seguridad y señalización de zona de riesgo por gases a presión. (Imagen 4).

**Imagen 4. Plano de Emergencias, Primer Nivel**



*Fuente: Elaboración propia*

## Segundo nivel

El ingreso para el segundo nivel se da por la zona de las escaleras las cuales llevan a una sala de espera que cuenta con una pantalla para evidenciar los turnos de las personas que se encuentran en espera, un consultorio para atención diferencial en medicina tradicional indígena, dos consultorios médicos un consultorio de enfermería para programas de prevención y promoción de la salud dos consultorios odontológicos un cuarto de esterilización, baños para los pacientes y un baño mixto para los trabajadores de la IPS. (Imagen 5)

Imagen 5. Plano de Plantas, Segundo Nivel



*Fuente: Elaboración propia*

Para las emergencias la segunda planta cuenta con ruta de evacuación, camilla para traslado manual, dos extintores tipo solkaflam, manguera para incendios y alarma de humos adicionalmente cuenta, con baños para pacientes, baño para personal de la institución de tipo mixto y cámaras de seguridad (Imagen 6).

**Imagen 6. Plano de Emergencias, Segundo Nivel**



*Fuente: Elaboración propia*

## Tercer nivel

El tercer nivel cuenta con el área administrativa en donde se encuentra la gerencia general, recursos físicos, subgerencia científica, recursos humanos y el área financiera, adicionalmente cuenta con una sala de espera, cuarto de aseo, cafetería y baños para los empleados de la IPS. (Imagen 7)

Imagen 7. Plano de Plantas, Tercer Nivel

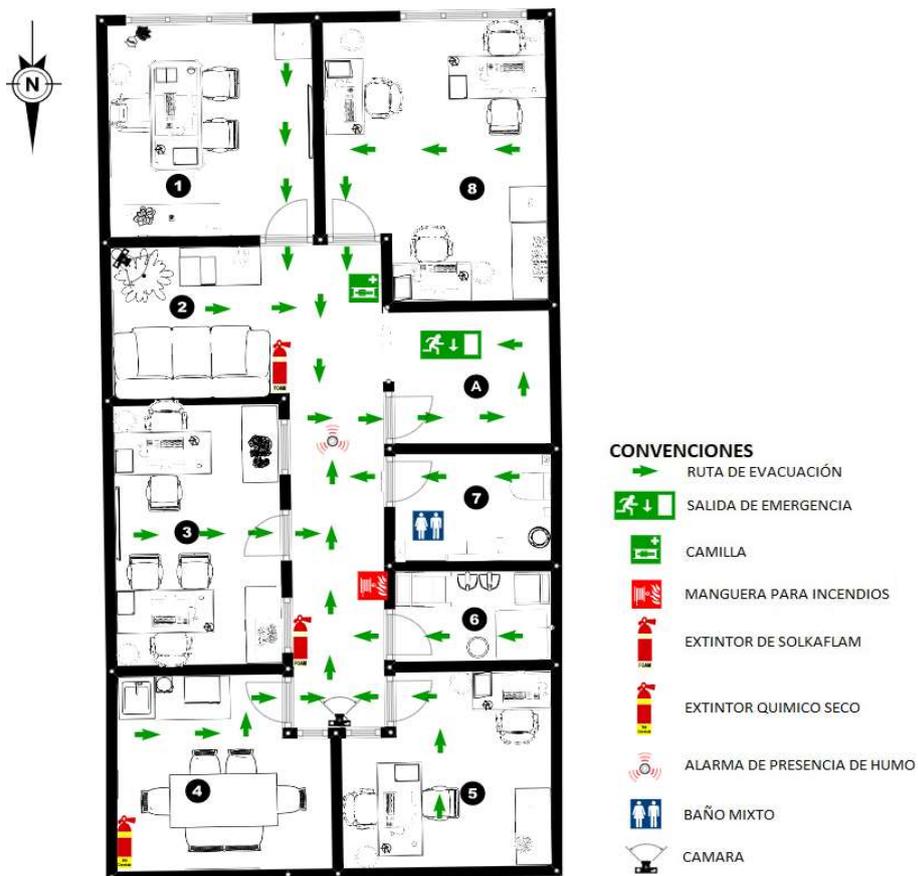


*Fuente: Elaboración propia*

La tercera planta cuenta con una ruta de evacuación, camilla para traslado manual, dos extintores tipo solkaflam, un extintor químico seco, manguera para incendios y alarma de humos

adicionalmente cuenta, con baños para personal de la institución de tipo mixto y cámaras de seguridad (Imagen 8)

**Imagen 8. Plano Emergencias, Tercer Nivel**

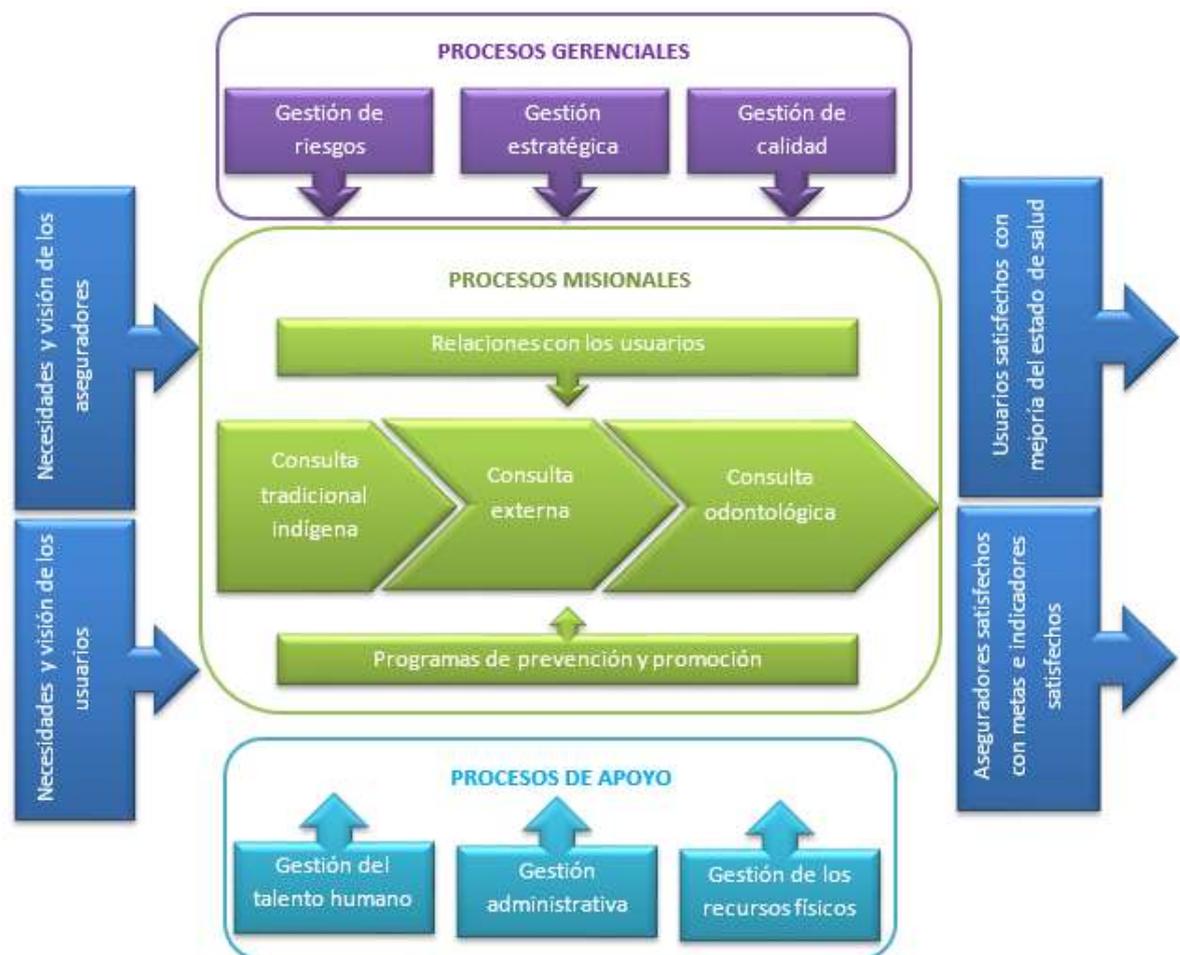


*Fuente: Elaboración propia*

## Mapa de procesos

Los procesos misionales de la IPS son todos los servicios dirigidos al paciente como consulta por medicina general, medicina tradicional indígena, odontología y promoción y prevención a cargo también de enfermería (Gráfico 18). Para cumplir con los procesos misionales, se requiere el apoyo por parte de los aseguradores de los pacientes en términos de financiamiento y por parte de los pacientes, para contribuir con las oportunidades de mejora que se vayan presentando durante la prestación de los servicios.

**Gráfico 18. Mapa de Procesos**



*Fuente: Elaboración propia*

Como apoyo a los procesos misionales se encuentra la gestión del talento humano, de recursos físicos y gestión administrativa, asegurando que al interior de la entidad se estén cumpliendo óptimas condiciones de funcionamiento y se le esté dando pronta respuesta a las situaciones que se vayan presentando tanto en los procesos como entre los trabajadores. Por último, liderando que todo lo anterior se encuentre armonizado con la misión y visión de la IPS, se encuentra la gestión estratégica, cumpliendo a su vez con funciones de gestión de riesgo y gestión de calidad de los servicios de salud y procesos internos.

### **Portafolio de servicios**

Teniendo en cuenta que la IPS será de primer nivel de atención, se tendrán en cuenta perfiles y actividades enfocadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el primer nivel de atención, para lo cual se ofertarán los siguientes servicios evidenciados en la tabla 12.

**Tabla 12. Portafolio de servicios IPS CREEMOS**

Servicios ofertados	Descripción	Tipo de población
Medicina General	<p>Valoración, diagnóstico y tratamiento ambulatorio farmacológico.</p> <p>Control de crecimiento y desarrollo</p> <p>Alteraciones del joven</p> <p>Planificación familiar</p> <p>Consulta pre test y post test de VIH</p> <p>Control prenatal en gestantes de bajo riesgo</p> <p>Control de paciente crónico controlado</p> <p>Evaluación de necesidad de remisión a especialistas en población atendida.</p>	<p>Toda la población</p> <p>Niños desde un mes de vida hasta 9 años, 12 meses y 30 días.</p> <p>Población de los 10 años 29 años</p> <p>Hombres y mujeres desde los 14 años de edad</p> <p>Toda la población</p> <p>Mujeres con embarazo confirmado por prueba de sangre y ecografía.</p> <p>Población con enfermedad crónica controlada</p> <p>Toda la población</p>
Medicina Tradicional	<p>Valoración diagnóstico y tratamiento ancestral con farmacología vegetal.</p> <p>Homeopatía</p> <p>Masaje terapéutico</p> <p>Toma de citología vaginal</p>	<p>Toda la población</p>
Enfermería	<p>Control de crecimiento y desarrollo</p> <p>Planificación familiar</p> <p>Control prenatal en gestantes de bajo riesgo</p>	<p>Mujeres de 25 a 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa.</p> <p>Niños desde un mes de vida hasta 9 años, 12 meses y 30 días.</p> <p>Hombres y mujeres desde los 14 años de edad</p> <p>Mujeres con embarazo confirmado por prueba de sangre y ecografía.</p>
Odontología	<p>Actividades de promoción y prevención (aplicación de flúor, sellantes, profilaxis, etc.)</p> <p>Consulta de odontología</p> <p>Valoración, diagnóstico y tratamiento farmacológico y restaurativos según criterio del profesional.</p>	<p>Desde el primer año de vida</p> <p>Toda la población</p> <p>Toda la población</p>
Vacunación	<p>Esquema de vacunación de 0 a 5 años</p> <p>Esquema de vacunación de gestantes</p> <p>Vacunación del adulto mayor</p> <p>Vacunación contra influenza</p> <p>Vacunación contra fiebre amarilla</p> <p>Esquema de vacunación contra el virus del papiloma humano</p>	<p>Niños y niñas de 0 a 5 años</p> <p>Mujeres con embarazo confirmado por prueba de sangre y ecografía.</p> <p>Hombres y mujeres desde los 60 años de edad</p> <p>Toda la población ( gratis para menores de 18 meses y adultos mayores de 60 años)</p> <p>Población que viaja a zona endémica</p> <p>Niñas desde los 9 años de edad</p>

*Fuente: Elaboración propia*

## Manual de perfiles

A continuación, se evidencian los diferentes cargos con la especificación de sus funciones, requisitos y salario.

**Tabla 13. Primera parte. Cargos dentro de la IPS con funciones, requisitos y salario.**

<b>PERFIL</b>	<b>GERENTE</b>
<b>PROPOSITO PRINCIPAL</b>	Dirigir, organizar, formular políticas y adoptar los planes, programas y proyectos, para contribuir en el desarrollo social, financiero, científico, tecnológico e investigativo en cumplimiento de la misión, visión y objetivos institucionales.
<b>CONOCIMIENTOS BASICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conocimientos básicos en sistema General de Seguridad Social en Salud, sistema de calidad, control interno, contratación estatal y en general.</li> <li>➤ Metodología de planeación estratégica.</li> <li>➤ Dirección de planes de desarrollo</li> </ul>
<b>REQUISISTO DE ESTUDIO Y EXPERIENCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Título profesional universitario en áreas de la salud</li> <li>➤ Posgrado en Gerencia de la calidad en salud.</li> <li>➤ Un (1) año de experiencia profesional relacionada.</li> </ul>
<b>COMPETENCIAS COMUNES</b>	Según lo establecido en la normatividad vigente.
<b>SALARIO</b>	<b>4.500.000</b>
<b>PERFIL</b>	<b>SUB DIRECTOR ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO</b>
<b>PROPOSITO PRINCIPAL</b>	Planear, dirigir, supervisar, coordinar, controlar y evaluar los procesos orientados a lograr la sostenibilidad y desarrollo financiero de la empresa en el corto, mediano y largo plazo a través de la administración efectiva de los recursos para garantizar la prestación de los servicios de salud objetivos y metas trazadas en el plan de desarrollo.
<b>CONOCIMIENTOS BASICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Manejo de software empresarial</li> <li>➤ Normativa vigente</li> <li>➤ Formulación de planes, programas y proyectos, Normativa aplicable al SGSSS.</li> <li>➤ Normas de auditoria.</li> <li>➤ Informática básica</li> <li>➤ Procesos y procedimientos para el manejo de inventarios.</li> </ul>
<b>REQUISISTO DE ESTUDIO Y EXPERIENCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Título profesional en administración, economía, contaduría o finanzas.</li> <li>➤ Dos años de experiencia relacionada.</li> </ul>
<b>COMPETENCIAS COMUNES</b>	Según lo establecido en la normatividad vigente.
<b>SALARIO</b>	<b>3.700.000</b>
<b>PERFIL</b>	<b>AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES</b>
<b>PROPOSITO PRINCIPAL</b>	Ejecutar labores de aseo, orden y desinfección procediendo con las normas de seguridad y de asepsia establecidos en los manuales y guías de la institución.
<b>CONOCIMIENTOS BASICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Limpieza y desinfección hospitalaria.</li> <li>➤ Gestión integral de residuos sólidos.</li> </ul>
<b>REQUISISTO DE ESTUDIO Y EXPERIENCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Terminación y aprobación de educación básica primaria.</li> <li>➤ Un año de experiencia relacionada con las funciones del cargo.</li> </ul>
<b>COMPETENCIAS COMUNES</b>	Según lo establecido en la normatividad vigente.
<b>SALARIO</b>	<b>828.116</b>

*Fuente: Elaboración propia*

**Tabla 13. Segunda parte. Cargos dentro de la IPS con funciones, requisitos y salario.**

<b>PERFIL</b>	<b>JEFE DE TALENTO HUMANO</b>
<b>PROPOSITO PRINCIPAL</b>	Contratar y supervisar las funciones de talento humano. Velar por el mantenimiento del buen ambiente laboral
<b>CONOCIMIENTOS BASICOS</b>	Seguridad social en salud. Manejo de equipo de oficina. Herramientas de Word, Excel. Normatividad vigente. Manejo de grupo y liderazgo
<b>REQUISISTO DE ESTUDIO Y EXPERIENCIA</b>	Título profesional universitario en Psicología con especialización. Dos (2) año de experiencia profesional relacionada.
<b>COMPETENCIAS COMUNES</b>	Según lo establecido en la normatividad vigente.
<b>SALARIO</b>	<b>3.700.000</b>
<b>PERFIL</b>	<b>MEDICO GENERAL</b>
<b>PROPOSITO PRINCIPAL</b>	Ejecutar actividades de diagnóstico, tratamiento, promoción, protección y rehabilitación de la salud del paciente, en todo el proceso de atención.
<b>CONOCIMIENTOS BASICOS</b>	Seguridad social en salud. Manejo de equipo de oficina. Herramientas de Word, Excel. Normatividad vigente. Herramientas o instrumentos propios del trabajo.
<b>REQUISISTO DE ESTUDIO Y EXPERIENCIA</b>	Título profesional universitario. Un (1) año de experiencia profesional relacionada.
<b>COMPETENCIAS COMUNES</b>	Según lo establecido en la normatividad vigente.
<b>SALARIO</b>	<b>3.000.000</b>
<b>PERFIL</b>	<b>MEDICO TRADICIONAL</b>
<b>PROPOSITO PRINCIPAL</b>	Ejecutar actividades de diagnóstico, tratamiento, promoción, protección y rehabilitación de la salud del paciente, en todo el proceso de atención aplicando los conocimientos ancestrales indígenas.
<b>CONOCIMIENTOS BASICOS</b>	Conocimientos básicos de sistemas Contar con conocimientos sólidos sobre medicina tradicional
<b>REQUISISTO DE ESTUDIO Y EXPERIENCIA</b>	Auxiliar de enfermería Dos (2) años de experiencia.
<b>COMPETENCIAS COMUNES</b>	Según lo establecido en la normatividad vigente.
<b>SALARIO</b>	<b>2.500.000</b>
<b>PERFIL</b>	<b>AUXILIAR DE ENFERMERIA</b>
<b>PROPOSITO PRINCIPAL</b>	Ejecutar la atención de enfermería, con base en los estándares adoptados por la institución, para brindar un servicio de óptima calidad.
<b>CONOCIMIENTOS BASICOS</b>	Herramientas informáticas básicas. Herramientas o instrumentos propios del trabajo. Conocimiento básico del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad. Acciones de promoción y prevención. Tipos de aseguramiento, requerimientos para el acceso a los servicios de salud.
<b>REQUISISTO DE ESTUDIO Y EXPERIENCIA</b>	Título de bachiller. Certificado de Auxiliar de Enfermería expedido por una institución debidamente autorizada. Seis (6) meses de experiencia relacionada.
<b>COMPETENCIAS COMUNES</b>	Según lo establecido en la normatividad vigente.
<b>SALARIO</b>	<b>1.000.000</b>

*Fuente: Elaboración propia*

**Tabla 13. Tercera parte. Cargos dentro de la IPS con funciones, requisitos y salario.**

<b>PERFIL</b>	<b>AUXILIAR DE SALUD ORAL</b>
<b>PROPOSITO PRINCIPAL</b>	Ejecutar labores asistenciales en procedimientos auxiliares relacionados con la salud oral del paciente. Realizar actividades de promoción y prevención relacionadas con salud oral como aplicación de sellantes, profilaxis y aplicación de barniz de flúor.
<b>CONOCIMIENTOS BASICOS</b>	Manejo de equipos de oficina. Herramientas o instrumentos propios del trabajo.
<b>REQUISISTO DE ESTUDIO Y EXPERIENCIA</b>	Título de bachiller. Certificado de auxiliar en salud oral Seis (6) meses de experiencia relacionada.
<b>COMPETENCIAS COMUNES</b>	Según lo establecido en la normatividad vigente.
<b>SALARIO</b>	<b>1.000.000</b>
<b>PERFIL</b>	<b>ODONTOLOGO</b>
<b>PROPOSITO PRINCIPAL</b>	Prestar el servicio de odontólogo y realizar acciones para garantizar promoción, prevención, diagnóstico tratamiento y recuperación de la salud oral de los usuarios.
<b>CONOCIMIENTOS BASICOS</b>	Seguridad social en salud. Manejo de equipo de oficina. Herramientas de Word, Excel. Normatividad vigente. Herramientas o instrumentos propios del trabajo. Guías y protocolos de atención odontológica. AIEPI Conocimiento de prevención de la enfermedad y promoción de la salud oral.
<b>REQUISISTO DE ESTUDIO Y EXPERIENCIA</b>	Título profesional universitario. Un (1) año de experiencia profesional relacionada.
<b>COMPETENCIAS COMUNES</b>	Según lo establecido en la normatividad vigente.
<b>SALARIO</b>	<b>3.000.000</b>
<b>PERFIL</b>	<b>ENFERMERO</b>
<b>PROPOSITO PRINCIPAL</b>	Liderar los procesos de administración y asistenciales de los servicios de enfermería, atención al usuario, la familia y comunidad respecto de la prevención, promoción tratamiento y rehabilitación brindando una atención con calidad, seguridad y humanización de los servicios en forma oportuna
<b>CONOCIMIENTOS BASICOS</b>	Normatividad vigente en salud y enfermería en general. Conocimiento de normas, guías y protocolos establecidos por la secretaria de salud y ministerio de salud sobre enfermería. Deberes y derechos en salud. AIEPI. Plan de emergencias.
<b>REQUISISTO DE ESTUDIO Y EXPERIENCIA</b>	Título profesional de enfermería. Un año de experiencia relacionada.
<b>COMPETENCIAS COMUNES</b>	Según lo establecido en la normatividad vigente.
<b>SALARIO</b>	<b>2.500.000</b>
<b>PERFIL</b>	<b>TECNICO ADMINISTRATIVO</b>
<b>PROPOSITO PRINCIPAL</b>	Realizar actividades de apoyo a nivel administrativo en las áreas de talento humano, subgerencia financiera y recursos físicos
<b>CONOCIMIENTOS BASICOS</b>	Seguridad social en salud. Manejo de equipo de oficina. Herramientas de Word, Excel. Normatividad vigente relacionada con sus labores
<b>REQUISISTO DE ESTUDIO Y EXPERIENCIA</b>	Técnico administrativo. Un (1) año de experiencia.
<b>COMPETENCIAS COMUNES</b>	Según lo establecido en la normatividad vigente.
<b>SALARIO</b>	<b>900.000</b>

*Fuente: Elaboración propia*

**Tabla 13. Cuarta parte. Cargos dentro de la IPS con funciones, requisitos y salario.**

<b>PERFIL</b>	<b>TECNICO EN SISTEMAS</b>
<b>PROPOSITO PRINCIPAL</b>	Realizar actividades de soporte técnico, mantenimiento de redes, telefonía, equipos audiovisuales y equipos de seguridad electrónica de la IPS
<b>CONOCIMIENTOS BASICOS</b>	Soporte técnico y mantenimiento de redes, telefonía y demás equipos electrónicos. Manejo de equipo de oficina. Herramientas de Word, Excel. Normatividad vigente relacionada con sus labores
<b>REQUISISTO DE ESTUDIO Y EXPERIENCIA</b>	Técnico en Sistemas. Un (1) año de experiencia.
<b>COMPETENCIAS COMUNES</b>	Según lo establecido en la normatividad vigente.
<b>SALARIO</b>	<b>1.300.000</b>

*Fuente: Elaboración propia*

**Tercer objetivo:** Requerimientos técnicos en términos de infraestructura, equipos, insumos y personal necesarios para el funcionamiento de la IPS.

Los requerimientos necesarios para el funcionamiento de la IPS se encuentran estipulados en la resolución 2003 de 2014 la cual establece los diferentes criterios para habilitar los diferentes servicios de salud que se prestan en el país. Para la presente IPS se escogieron los criterios establecidos para los servicios más demandados en primer nivel de complejidad y de acuerdo con lo encontrado en la encuesta a la población indígena, los cuales son consulta por medicina general, consulta por odontología general, medicina alternativa, terapia alternativa, vacunación, tamización de cáncer de cuello uterino, protección específica y detección temprana.

Frente a lo cual se elaboró la siguiente tabla de costos: (Tabla 14)

**Tabla 14. Costos de dotación de los servicios**

	<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor unidad</b>	<b>Total</b>
<b>ODONTOLOGÍA</b>	Unidad de odontología	3	2.000.000	6.000.000
	Pieza de mano de alta velocidad	2	831.200	1.662.400
	Kit de micromotor y contraángulo	3	335.000	1.005.000
	Cavitron ultrasonic scaler	3	450.000	1.350.000
	Lámpara de fotocurado	3	680.000	2.040.000
	Algodonera metálica	16	5.000	80.000
	Instrumental de operatoria	15	80.000	1.200.000
	Instrumental de cirugía	4	350.000	1.400.000
	Cubeta bandeja en acero inoxidable para instrumental	9	23.000	207.000
	Instrumental de periodoncia	20	130.000	2.600.000
	Vaso dapen	6	6.000	36.000
	Tijera para metal	2	8.000	16.000
	Negatoscopio	1	130.000	130.000
	Compresor de aire	1	1.300.000	1.300.000
	Espejos bucales	30	19.000	570.000
	Exploradores	30	215.000	6.450.000
	Pinzas algodonerías	30	15.000	450.000
	Jeringas. cámpulas	10	120.000	1.200.000
	Sondas periodontales	30	95.000	2.850.000
	Cucharillas y/o excavadoras	30	6.500	195.000
	Aplicador de dycal	20	17.500	350.000
	Condensador FP3 o empaadores	20	130.000	2.600.000
	Fresas para apertura de cavidad	30	170.000	5.100.000
	Fresas para pulir resinas	20	170.000	3.400.000
Esterilizador	1	1.200.000	1.200.000	
<b>GENERAL Y VACUNACIÓN</b>	Termómetro digital	4	12.000	48.000
	Camillas	5	220.000	1.100.000
	Linterna médica	4	15.000	60.000
	Tensiometro y Fonendoscopio	5	60.000	300.000
	Equipo de organos de los sentidos	4	200.000	800.000
	Martillo de reflejos	4	15.000	60.000
	Tallímetro	5	80.000	400.000
	Cinta métrica	4	20.000	80.000
	Báscula para pacientes	4	30.000	120.000
<b>GINECOLOGÍA</b>	Camilla con estribos	1	480.000	480.000
	Lámpara de cuello de cisne	1	160.000	160.000
	Escalerillas	6	60.000	360.000
	Mesa para dispositivos	6	270.000	1.620.000
	Citofijador especial para células	1	13.000	13.000
	Kits de toma de muestras de ADN - VPH	30	3.000	90.000
	Gradillas	1	35.000	35.000
	Insumos de apoyo a labor administrativa	1	43.576.700	43.576.700
	Insumos de apoyo a labor asistencial	1	84.636.922	84.636.922
<b>Total</b>	<b>426</b>	<b>138.372.822</b>	<b>177.331.022</b>	

*Fuente: Elaboración propia a partir de cotizaciones realizadas por el grupo de investigación*

De acuerdo con los datos obtenidos se puede evidenciar que el mayor costo en cuanto a dotación de servicios se encuentra en la conformación de las unidades de odontología, sin embargo, el valor más grande se encuentra en el costo de insumos de apoyo los cuales son insumos clasificados como apoyo a labor administrativa (papelería, computadores, sillas, etc.) y apoyo a la labor asistencial (insumos desechables, desinfectantes, batas, etc.). Se debe tener en cuenta que en insumos de apoyo asistencial se incluye el valor aproximado del contrato con un outsourcing que se encargue de proveer los insumos que se requieren para el aseo e insumos desinfectantes de la IPS. Todos estos valores corresponden al cálculo para un mes de operación.

En cuanto a infraestructura y talento humano, con base los datos obtenidos en la encuesta realizada a la población indígena, se llegó a la conclusión de conformar:

- 3 consultorios para medicina general (para albergar 6 médicos generales)
- 1 consultorio para médico tradicional (para albergar 2 médicos tradicionales)
- 2 consultorios para consulta de odontología (para albergar 4 odontólogos generales y 2 auxiliares de odontología)
- 1 consultorio para higiene oral (para albergar 2 higienistas)
- 1 consultorio para consulta por enfermería (para albergar 2 enfermeras)
- 1 consultorio para toma de citología (para albergar 2 enfermeras)
- 1 consultorio para vacunación (para albergar 2 auxiliar de enfermería)
- 1 oficina para gerencia (para albergar 1 gerente)
- 1 oficina para subgerencia financiera (para albergar 1 subgerente y 2 técnicos administrativos)
- 1 oficina para talento humano (para albergar 1 psicólogo y 3 técnicos administrativos)
- 1 oficina para sistemas (para albergar 1 técnico en sistemas)
- 1 oficina para mantenimiento y aseo (para albergar 2 auxiliares de servicios generales)
- 1 oficina para almacén
- 1 oficina para subgerencia científica
- 1 sala de espera

- 1 baño para administrativos
- 1 baño para talento humano
- 2 baños para pacientes
- 1 recepción

Lo cual da lugar a los siguientes costos respecto al talento humano requerido (Tabla 15)

**Tabla 15. Costos de Talento Humano**

Perfil	Cantidad	Salario	Total	Pensiones	Salud	ARL	Primas	Cesantías	Vacaciones	Caja de Compensación	Total más seguridad social	Total año
Gerente	1	\$ 4.500.000	\$ 4.500.000	\$ 540.000	\$ 382.500	\$ 22.500	\$ 4.500.000	\$ 4.500.000	\$ 2.250.000	\$ 180.000	\$ 5.625.000	\$ 78.750.000
Subgerente Financiero	1	\$ 3.700.000	\$ 3.700.000	\$ 444.000	\$ 314.500	\$ 18.500	\$ 3.700.000	\$ 3.700.000	\$ 1.850.000	\$ 148.000	\$ 4.625.000	\$ 64.750.000
Jefe de talento humano-psicólogo	1	\$ 3.700.000	\$ 3.700.000	\$ 444.000	\$ 314.500	\$ 18.500	\$ 3.700.000	\$ 3.700.000	\$ 1.850.000	\$ 148.000	\$ 4.625.000	\$ 64.750.000
Jefe de recursos físicos	1	\$ 3.700.000	\$ 3.700.000	\$ 444.000	\$ 314.500	\$ 18.500	\$ 3.700.000	\$ 3.700.000	\$ 1.850.000	\$ 148.000	\$ 4.625.000	\$ 64.750.000
Subgerente científico	1	\$ 3.700.000	\$ 3.700.000	\$ 444.000	\$ 314.500	\$ 18.500	\$ 3.700.000	\$ 3.700.000	\$ 1.850.000	\$ 148.000	\$ 4.625.000	\$ 64.750.000
Técnico en sistemas	1	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 156.000	\$ 110.500	\$ 6.500	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 650.000	\$ 52.000	\$ 1.625.000	\$ 22.750.000
Técnico Administrativo	8	\$ 900.000	\$ 7.200.000	\$ 864.000	\$ 612.000	\$ 36.000	\$ 7.200.000	\$ 7.200.000	\$ 3.600.000	\$ 288.000	\$ 9.000.000	\$ 126.000.000
Médico general	6	\$ 2.800.000	\$ 16.800.000	\$ 2.016.000	\$ 1.428.000	\$ 84.000	\$ 16.800.000	\$ 16.800.000	\$ 8.400.000	\$ 672.000	\$ 21.000.000	\$ 294.000.000
Médico Tradicional	2	\$ 2.000.000	\$ 4.000.000	\$ 480.000	\$ 340.000	\$ 20.000	\$ 4.000.000	\$ 4.000.000	\$ 2.000.000	\$ 160.000	\$ 5.000.000	\$ 70.000.000
Odontólogo	4	\$ 2.800.000	\$ 11.200.000	\$ 1.344.000	\$ 952.000	\$ 56.000	\$ 11.200.000	\$ 11.200.000	\$ 5.600.000	\$ 448.000	\$ 14.000.000	\$ 196.000.000
Enfermero	4	\$ 2.200.000	\$ 8.800.000	\$ 1.056.000	\$ 748.000	\$ 44.000	\$ 8.800.000	\$ 8.800.000	\$ 4.400.000	\$ 352.000	\$ 11.000.000	\$ 154.000.000
Auxiliar de enfermería	2	\$ 1.000.000	\$ 2.000.000	\$ 240.000	\$ 170.000	\$ 10.000	\$ 2.000.000	\$ 2.000.000	\$ 1.000.000	\$ 80.000	\$ 2.500.000	\$ 35.000.000
Higienista	2	\$ 1.500.000	\$ 3.000.000	\$ 360.000	\$ 255.000	\$ 15.000	\$ 3.000.000	\$ 3.000.000	\$ 1.500.000	\$ 120.000	\$ 3.750.000	\$ 52.500.000
Auxiliar de odontología	2	\$ 1.000.000	\$ 2.000.000	\$ 240.000	\$ 170.000	\$ 10.000	\$ 2.000.000	\$ 2.000.000	\$ 1.000.000	\$ 80.000	\$ 2.500.000	\$ 35.000.000
Auxiliar de Servicios generales	2	\$ 828.116	\$ 1.656.232	\$ 198.748	\$ 140.780	\$ 8.281	\$ 1.656.232	\$ 1.656.232	\$ 828.116	\$ 66.249	\$ 2.070.290	\$ 28.984.060
<b>Total asistencial</b>		\$ 865.484.060										
<b>Total administrativo</b>		\$ 486.500.000										

**Fuente:** Elaboración propia

Se evidencia que el mayor costo está asociado a los costos de los profesionales que van a prestar los servicios de salud. Los costos representados en esta tabla corresponden a los costos del talento humano en un mes de operación.

**Cuarto objetivo:** Estudio financiero que permita reconocer el monto de la inversión, ingresos y costos operacionales.

Tras exponer en detalle los costos directos e indirectos que presenta la IPS Creemos, se conforma entonces la tabla de costos aproximados para los primeros 5 años de operación de la IPS en la tabla 16.

**Tabla 16. Costos aproximados de IPS Creemos**

Actividad	Años del proyecto					
	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Costos directos						
Nómina personal asistencial	\$ 865.484.060,00	\$ 904.430.842,70	\$ 945.130.230,62	\$ 987.661.091,00	\$ 1.032.105.840,09	\$ 1.078.550.602,90
Dotación de los servicios	\$ 143.607.400,00	\$ 150.069.733,00	\$ 156.822.870,99	\$ 163.879.900,18	\$ 171.254.495,69	\$ 178.960.947,99
Insumos para la prestación de servicios	\$ 250.429.960,00	\$ 261.699.308,20	\$ 273.475.777,07	\$ 285.782.187,04	\$ 298.642.385,45	\$ 312.081.292,80
Contrato para lectura de citologías	\$ 45.600.000,00	\$ 47.652.000,00	\$ 49.796.340,00	\$ 52.037.175,30	\$ 54.378.848,19	\$ 56.825.896,36
Gastos de administración y ventas						
Insumos de apoyo a labor administrativa	\$ 88.807.750,00	\$ 55.660.920,00	\$ 58.165.661,40	\$ 60.783.116,16	\$ 63.518.356,39	\$ 66.376.682,43
Nómina personal administrativo	\$ 486.500.000,00	\$ 508.392.500,00	\$ 531.270.162,50	\$ 555.177.319,81	\$ 580.160.299,20	\$ 606.267.512,67
Contrato de vigilancia	\$ 4.000.000,00	\$ 4.180.000,00	\$ 4.368.100,00	\$ 4.564.664,50	\$ 4.770.074,40	\$ 4.984.727,75
Servicios públicos	\$ 6.000.000,00	\$ 6.270.000,00	\$ 6.552.150,00	\$ 6.846.996,75	\$ 7.155.111,60	\$ 7.477.091,63
Arriendo	\$ 4.600.000,00	\$ 4.807.000,00	\$ 5.023.315,00	\$ 5.249.364,18	\$ 5.485.585,56	\$ 5.732.436,91
<b>Total</b>	<b>\$ 1.895.029.170</b>	<b>\$ 1.943.162.303,90</b>	<b>\$ 2.030.604.607,58</b>	<b>\$ 2.121.981.814,92</b>	<b>\$ 2.217.470.996,59</b>	<b>\$ 2.317.257.191,43</b>

*Fuente: Elaboración propia*

En los costos se plantea un IPC del 4.5% anual, por lo cual éste fue sumado a cada año de funcionamiento de la IPS. Se dividieron los costos entre directos y gastos de administración y ventas, éstos últimos conformados por todos los insumos, equipos y personal no relacionado con el propósito misional de la IPS. Los costos fueron calculados con base en la capacidad instalada, es decir, son los costos que se tendrían si doce horas del día, de lunes a sábado se atendieran pacientes cada 20 minutos en los diferentes servicios que ofrece la IPS. Se debe tener en cuenta que insumos usados en la limpieza y desinfección o los insumos de papelería pueden contratarse de forma externa con lo cual los costos se reducirían considerablemente.

En cuanto a financiación, se consultaron las opciones disponibles en entidades bancarias, encontrando que solamente se otorga a entidades con mínimo un año de funcionamiento y el monto máximo a prestar serían treinta y seis millones de pesos, lo cual es considerablemente menos a lo que se requiere para mantenimiento, por lo que se debe recurrir a fondos propios u otras fuentes de financiamiento para el año 0 de la IPS.

Así mismo, teniendo en cuenta la capacidad instalada de la IPS se calcularon los posibles ingresos, los cuales se muestran en la tabla 17.

**Tabla 17. Ingresos aproximados de IPS Creemos**

Portafolio de servicios	NP	Consultas al día	Días trabajados al mes	Consultas al mes	Consultas al año	Valor Consulta	Año 0	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Consulta Medicina General	8	144	22	3.168	38.016	27.300		1.037.836.800	1.058.593.536	1.079.765.407	1.101.360.715	1.123.387.929
Consulta odontología	4	36	22	792	9.504	22.600		214.790.400	219.086.208	223.467.932	227.937.291	232.496.037
Procedimientos de odontología operatoria	4	24	22	528	6.336	60.000		380.160.000	387.763.200	395.518.464	403.428.833	411.497.410
Procedimientos odontología en cirugía	4	12	22	264	3.168	91.900		291.139.200	296.961.984	302.901.224	308.959.248	315.138.433
Procedimientos Higienistas	2	36	22	792	9.504	19.600		186.278.400	190.003.968	193.804.047	197.680.128	201.633.731
Consulta Enfermería	2	36	22	792	9.504	10.200		96.940.800	98.879.616	100.857.208	102.874.352	104.931.840
Vacunación	2	36	22	792	9.504	60.000		570.240.000	581.644.800	593.277.696	605.143.250	617.246.115
Toma de citología	2	36	22	792	9.504	26.500		251.856.000	256.893.120	262.030.982	267.271.602	272.617.034
Total Ingresos								3.029.241.600	3.089.826.432	3.151.622.961	3.214.655.420	3.278.948.528

\*NP: Número de profesionales

**Fuente:** Elaboración propia modificado a partir del manual tarifario SOAT, Decreto 2423 de 1996, actualizado 2019

Se evidencia que los servicios que más generan ingresos son los prestados por odontología seguidos por los de medicina general. Realizando entonces el comparativo con los costos anuales, se evidencia que para el mantenimiento de la IPS se requiere atención permanente en los diferentes servicios para lograr equilibrar los costos con los ingresos.

**Tabla 18. Evaluación Financiera**

<b>R</b>	15%
<b>VPN</b>	\$104.061.647
<b>TIR</b>	17,4%

Años	Inversión	Ingresos al 86%	Costos	Netos
0	\$1.895.029.170			-\$1.895.029.170
1		\$2.605.147.776	\$ 1.943.162.304	\$ 661.985.472
2		\$2.657.250.732	\$ 2.030.604.608	\$ 626.646.124
3		\$2.710.395.746	\$ 2.121.981.815	\$ 588.413.932
4		\$2.764.603.661	\$ 2.217.470.997	\$ 547.132.665
5		\$2.819.895.734	\$ 2.317.257.191	\$ 502.638.543

**Fuente:** Elaboración propia

La inversión inicial que requiere el proyecto es de \$1.895.029.170 y genera un flujo anual promedio del 22% de los ingresos durante los 5 primeros años. La tasa de oportunidad (k) es del 15%.

El proyecto es viable desde el punto de vista financiero, teniendo en cuenta que el valor presente neto (VPN) supera la rentabilidad exigida y la tasa interna de retorno (TIR) es mayor a la tasa de oportunidad esperada. Cabe aclarar que, para obtener este dato, se necesita que diariamente la IPS esté operando mínimo al 86% de su capacidad.

## **Conclusiones**

Después del proceso de recopilación, verificación de datos, análisis e interpretaciones de resultados de entrevistas y encuestas, se ha podido verificar el cumplimiento de cada objetivo del proyecto llegando a las siguientes conclusiones:

1. Al realizar el estudio de oferta y demanda a través de la encuesta se evidenció que la población indígena, en su gran mayoría, accede a los servicios de medicina general y odontología, dichos servicios además de contribuir a la rentabilidad de la IPS permiten un acercamiento a la población, dando a conocer la IPS y para satisfacer las principales necesidades de salud a las que acceden.

2. Referente a las EPS se concluye que no tienen claras las necesidades ni intereses de la población indígena atendida en Bogotá llegando en algunos casos a no conocer el porcentaje de indígenas atendidos

3. El Plan Obligatorio de Salud no hace referencia a servicios diferenciales y por lo tanto las EPS no le dan importancia a la atención diferencial que es un derecho de esta comunidad.

4. La estructura administrativa en la IPS es similar a la estructura de una IPS común dado que esta sería independiente del cabildo indígena, con la particularidad que tiene un área asignada para la atención diferencial, siendo el manejo legal, administrativo, de catastro y habilitación es similar al de cualquier IPS que preste servicios de salud.

5. La ubicación de la IPS con atención diferencial indígena debe ser estratégica por diferentes razones, dado que parte de la población indígena no conoce la ciudad y así puedan disfrutar de este beneficio y se mantenga una demanda alta de los servicios, se concluye que la IPS debe ubicarse hacia el sur de la ciudad, ya que es allí donde se ha registrado la mayor población indígena.

6. El estudio financiero muestra viabilidad del proyecto, teniendo en cuenta que la inversión inicial tiene una recuperación en un lapso relativamente corto, haciendo factible la creación de la IPS convirtiéndose en la primera de Bogotá con atención diferencial indígena con una rentabilidad y auto sostenimiento a corto plazo.

7. La presente investigación aporta al grupo investigador elementos y conceptos para realizar un estudio de factibilidad de una IPS, como calcular los costos que se generan en la prestación de servicios de salud, aplicación de la normatividad respecto a habilitación, creación de empresa, derechos de la población indígena y permitió conocer las necesidades de tener diferentes alternativas de financiamiento para un proyecto como éste, ya que las entidades bancarias, por el alto porcentaje de fracaso en los emprendimientos, ha decidido otorgar préstamos sólo a empresas con al menos un año de funcionamiento, por lo que se logró evidenciar la importancia de contar con un estudio de factibilidad completo para poder conseguir socios capitalistas o solicitar préstamos como persona natural.

## **Recomendaciones**

- 1.** Se debe tener en cuenta que para el cálculo de insumos de apoyo como lo son insumos desechables, de limpieza y papelería pueden ser tercerizados y así disminuir el costo que generan.
- 2.** El proyecto es rentable siempre y cuando el porcentaje mínimo de ocupación de la IPS sea del 86%, por lo que se requiere contratación con el máximo número de EPS para asegurar dicha ocupación mínima, a su vez, se requieren buenas condiciones salariales para que los trabajadores se sientan motivados en mantenerse en la IPS.
- 3.** Tener en cuenta toda la normatividad de habilitación y la población en condición de discapacidad en el momento de realizar cambios estructurales a la IPS para mantener la propuesta de valor que es brindar atención diferencial.
- 4.** Contar con las sugerencias de la población indígena y los cabildos para prestar servicios de medicina tradicional en términos de duración de las consultas, número de médicos tradicionales, insumos, plantas o medicamentos para asegurar acogida y demanda de este servicio por parte de la población.

## Anexos

### Anexo 1. Pasos para la formalización de una empresa en Colombia

2. **Disponibilidad del nombre:** este es el que va a identificar a la empresa y le dará una identidad por lo que debe ser consultada su disponibilidad y registrarse en cámara y comercio y en caso de haber otra entidad con el mismo nombre este debe ser cambiado ya que el mismo debe de ser único para evitar confusiones por parte del cliente
3. **Clasificación de la empresa por actividad económica:** las empresas posteriormente se deben organizar dependiendo de la actividad económica prestada las cuales encolombia.com las define como: sector primario (crea la utilidad a partir de recursos naturales), sector secundario (transforman materias primas en otros bienes útiles como las empresas industriales y la construcción) y el sector terciario realiza actividades diversas como el transporte, turismo entre otros). (Encolombia, s.f.)
4. **Tipo de empresa o sociedad:** se debe elegir el tipo de empresa o sociedad que se va a constituir. los diferentes tipos de sociedades y/ empresa según Pymmerag (2009) son: persona natural comerciante (individuo que su actividad es el comercio y responde la persona con la totalidad de sus bienes), empresa unipersonal (tiene persona jurídica y responde con sus activos), sociedad por acciones simplificadas S.A.S (sociedad sin número límite de accionistas y la responsabilidad se da hasta el monto aportado por cada accionista), sociedad colectiva (se genera mínimo entre 2 socios y su responsabilidad es ilimitada y solidaria), sociedad anónima S.A. (se genera por escritura pública con 5 o más accionistas con responsabilidad hasta el monto del valor de las aportaciones), sociedad de responsabilidad limitada Ltda. (se constituye por escritura pública entre 2 y 25 socios, y su responsabilidad llega hasta los aportes) sociedad en comandita simple S. en C. (se constituye bajo notaria con uno o más socios gestores y uno o más socios capitalistas, los gestores tienen responsabilidad ilimitada, solidaria y directa, mientras que los capitalistas hasta su aportación) y sociedad en comandita por acciones S.C.A. (se realiza mediante escritura pública entre uno o más socios gestores y mínimo 5 socios capitalistas con responsabilidades iguales a la de comandita simple).

5. **Suscribir los estatutos:** una vez seleccionado el tipo de sociedad se debe realizar la suscripción de los estatutos que regulan la relación de los socios y de los mismos con la empresa estos se generan dependiendo del tipo de empresa o sociedad generada.
6. **Inscripción en cámara y comercio:** se presenta ante cámara y comercio los estatutos debidamente diligenciados, los formularios, documentos de representante legal y suplente y la cancelación del impuesto de registro para iniciar el estudio de legalidad de los estatutos por parte de cámara y comercio y se recibe un pre RUT (dependiendo del tamaño de la empresa se requiere o no la realización de escritura pública en notaría).
7. **Apertura de cuenta bancaria:** requerido para generación del RUT definitivo por parte de la DIAN, en esta cuenta bancaria se realizará el depósito del capital de la empresa.
8. **Realización de actualización de documentación:** con la cuenta creada se procede ante la DIAN a generar el RUT definitivo y con este se dirige ante cámara y comercio para cambio del certificado de existencia y representación legal de provisional a definitivo.
9. **Solicitud de resolución de facturación:** esta debe ser tramitada ante la DIAN en la cual la empresa puede facturar de forma manual para posteriormente realizar cobros.
10. **Inscripción de libros en la cámara y comercio:** acá se realiza la inscripción de los libros de actas y accionistas, esta debe ser realizada para la obtención de beneficios tributarios
11. **Inscripción en el sistema de seguridad social:** este es el último paso para proceder a la contratación de personal para laborar en la empresa.

## Anexo 2. Normatividad aplicada a la conformación de la IPS

Tipo de documento	Número de norma	Fecha de emisión			Emitido por	Descripción - epígrafe del documento	Estado
		Día	Mes	Año			
Resolución	429	17	2	2016	Ministerio de salud y protección social	Por medio del cual se adopta la Política de Atención Integral de Salud	Vigente con modificaciones
Ley	1014	26	1	2006	Congreso de la republica	De fomento a la cultura del emprendimiento	Vigente
Ley	1122	9	1	2007	Congreso de la republica	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones	Vigente
Ley	1258	5	12	2008	Congreso de la republica	Por medio de la cual se crea la sociedad por acciones simplificada	Vigente
Resolución	2082	29	5	2014	Ministerio de salud y protección social	Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de acreditación en Salud	Vigente
Decreto	780	6	5	2016	Ministerio de salud y protección social	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	Vigente con modificaciones
Resolución	346	17	2	2017	Ministerio de salud y protección social	Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud	Vigente
Resolución	603280	2	8	2018	Ministerio de salud y protección social	Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones	Vigente
Resolución	489	22	2	2019	Ministerio de salud y protección social	Por la cual se modifica la Resolución 429 de 2016	Vigente

*Fuente: Elaboración propia modificado a partir de normatividad colombiana que rige creación de instituciones de salud*

### **Anexo 3. Entrevista inicial para EPS**



#### **Entrevista para realizar en EPS Indígena**

Una vez obtenido su consentimiento informado, queremos obtener información acerca de la atención en salud prestada a la población indígena con fines académicos. Agradecemos su participación

- 1. ¿Cuánta población indígena atiende?**
  
- 2. ¿Estaría interesado en contratar una IPS que preste atención diferencial a la población indígena en Bogotá? ¿Por qué?**
  
- 3. ¿Con qué frecuencia reciben comentarios, quejas o solicitudes acerca de incluir cuidados indígenas dentro de las tecnologías en salud ofrecidas por su entidad? ¿Qué tipo de atención especial o tratamiento indígena han solicitados?**
  
- 4. ¿Cuánto estaría dispuesto a pagar a una IPS que preste atención diferencial? ¿Qué tipo de contratación tendría?**
  
- 5. ¿Qué tipo de atención es la más demandada por la población indígena?**

**Observaciones:**

#### Anexo 4. Entrevista final EPS



#### Entrevista para realizar en EPS Indígena

Una vez obtenido su consentimiento, queremos obtener información acerca de la atención en salud prestada a la población indígena con fines académicos. Agradecemos su participación

1. ¿Cuánta población indígena atiende al mes?

---

---

---

2. ¿Estaría interesado en contratar una IPS que preste atención diferencial a la población indígena en Bogotá? ¿Por qué?

---

---

---

3. ¿Cuántos comentarios, quejas o solicitudes ha recibido acerca de incluir cuidados indígenas? ¿Cuántos frente a otros aspectos relacionados a la atención a la población indígena?

---

---

---

4. ¿Cuánto estaría dispuesto a pagar a una IPS que preste atención diferencial? ¿Qué tipo de contratación tendría?

---

---

---

5. ¿Qué tipo de servicios son los más demandados por la población indígena?

---

---

---

Observaciones:

---

---

---

## Anexo 5. Encuesta inicial para población indígena

1. Rango de edad  
10 a 20 años  21 a 40 años  41 a 60 años  más de 60 años
2. Localidad en la que vive  
comunidad
3. Estudios  
Ninguno  Primaria  Bachiller  Técnico   
universitario  postgrado
4. Afiliado a EPS subsidiada  contributiva  no tengo
5. En el último año cuantas veces ha utilizado el servicio de la EPS  
0  1 a 5  6 a 10  11 a 15  16 a 20  más de 20
6. ¿Cuáles son los servicios que más usa de su EPS (seleccione máximo 3)  
medicina general                      urgencias                      programa de crónicos  
medicina especializada              odontología                      programa de prevención y promoción  
medicina homeopática              vacunación                      consulta prioritaria  
otros
7. cómo se ha sentido con la atención en el servicio  
muy bien                      bien                      regular                      mal                      muy mal
8. prefiere el uso de la medicina propia, tradicional, familiar, alternativa u homeopática, al uso la medicina occidental a la que dan los médicos en el hospital  
si                      no



si                      no

13. para usted que tan importante es el ofrecimiento de tratamientos alternativos como la medicina tradicional indígena u homeopática en una EPS

extremadamente importante

poco importante

muy importante

no es importante

importante

## Anexo 6. Encuesta final población indígena



### Entrevista para realizar a la población indígena

1.	Rango de edad	10 a 20 años	<input type="checkbox"/>	21 a 40 años	<input type="checkbox"/>	41 a 60 años	<input type="checkbox"/>	mas de 60 años	<input type="checkbox"/>				
2.	Localidad en la que vive	_____											
	Comunidad	_____											
3.	¿Está afiliado a alguna EPS?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>								
	¿Cuál?	<input type="checkbox"/>											
4.	¿En el último año cuántas veces ha utilizado el servicio de salud?	0	<input type="checkbox"/>	1 a 5	<input type="checkbox"/>	6 a 10	<input type="checkbox"/>	11 a 15	<input type="checkbox"/>	16 a 20	<input type="checkbox"/>	mas de 20	<input type="checkbox"/>
5.	¿Cuándo asiste al servicio médico, qué servicios utiliza?	_____											
6.	¿Se ha sentido rechazado o discriminado en el servicio de salud por sus creencias religiosas o culturales?	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>								
	¿Cómo lo han discriminado?	_____											
7.	¿Le gustaría ser atendido por personal indígena en el servicio de salud?	si	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>								
8.	¿Qué le gustaría que el servicio de salud le permitiera realizar de sus creencias cuando lo atienden?	_____											

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Anexo 7. Tablas con valores de encuesta población indígena

**Tabla 2. Rango de edad**

Rango de edad		
Edad en años	Número de personas	Porcentaje
10 a 20	3	5.0%
21 a 40	19	31.7%
41 a 60	30	50.0%
Más de 60	8	13.3%

*Fuente: Elaboración propia.*

**Tabla 3. Localidad en la que vive**

Localidad en la que vive		
Localidad	Número de personas	Porcentaje
Bosa	57	95.0%
Teusaquillo	1	1.7%
Centro	1	1.7%
Soacha	1	1.7%

*Fuente: Elaboración propia.*

**Tabla 4. Comunidad a la que pertenece**

Comunidad		
Comunidad indígena	Número de personas	Porcentaje
Muisca	59	98.3%
Wiwa	1	1.7%

*Fuente: Elaboración propia.*

**Tabla 5. Afiliado a una EPS**

Afiliado a una EPS		
Respuesta	Número de personas	Porcentaje
Si	57	95.0%
No	3	5.0%

*Fuente: Elaboración propia.*

**Tabla 6. Afiliación a una EPS**

Afiliación a EPS		
EPS	Número de personas	Porcentaje
Capital	31	54,4%
Compensar	7	12,3%
Salud Total	5	8,8%
Famisanar	4	7,0%
Sura	2	3,5%
Coomeva	2	3,5%
Nueva EPS	2	3,5%
Cruz Blanca	2	3,5%
Servisalud	1	1,8%
Sanitas	1	1,8%

*Fuente: Elaboración propia.*

**Tabla 7. Promedio de utilización del servicio de salud**

Promedio de utilización del servicio de salud		
Número de veces	Número de personas	Porcentaje
0	21	35.0%
1 a 5	31	51.7%
6 a 10	2	3.3%
11 a 15	4	6.7%
16 a 20	0	0.0%
más de 20	2	3.3%

*Fuente: Elaboración propia*

**Tabla 8. Sensación de discriminación en el servicio médico**

Sensación de discriminación en el servicio medico		
Respuesta	Número de personas	Porcentaje
Si	1	1.7%
No	59	98.3%

*Fuente: Elaboración propia.*

**Tabla 9. Servicios más utilizados en la EPS**

Servicios más utilizados en la EPS		
Servicio medico	Número de personas	Porcentaje
Medicina general	48	53.3%
Odontología	22	24.4%
Ginecología	3	3.3%
Optometría	2	2.2%
Ortopedia	2	2.2%
Medicina tradicional	2	2.2%
Cita prioritaria	2	2.2%
Neumología	1	1.1%
Enfermería	1	1.1%
Reumatología	1	1.1%
Oftalmología	1	1.1%
Cirugía	1	1.1%
Crónicos	1	1.1%
Citología	1	1.1%
Medicina interna	1	1.1%
Urología	1	1.1%

*Fuente: Elaboración propia.*

**Tabla 10. Deseo de atención por personal indígena**

Deseo de atención por personal indígena		
Respuesta	Número de personas	Porcentaje
Si	50	83.3%
No	8	13.3%
Que sea idóneo	2	3.3%

*Fuente: Elaboración propia.*

**Tabla 11. Servicios deseados por la población indígena**

Servicios deseados por la población indígena		
Servicio solicitado	Número de personas	Porcentaje
Medicina tradicional	26	41.3%
Tratamiento ancestral	14	22.2%
Productos naturales	7	11.1%
Ninguno	4	6.3%
Rituales	4	6.3%
Psicología ancestral	2	3.2%
Tener en cuenta la creencia	2	3.2%
Masajes	2	3.2%
Legrado espiritual	1	1.6%
Entrada de autoridad	1	1.6%

*Fuente: Elaboración propia.*

## Referencias bibliográficas

Andrade, Nancy, & Morales, Mariher. (2007). Oferta de valor como estrategia de diferenciación en los establecimientos franquiciados de comida rápida en el municipio Maracaibo. *Revista de Ciencias Sociales*, 13(2), 303-317. Recuperado el 07 de octubre de 2018 de: [http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-95182007000200009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182007000200009&lng=es&tlng=es).

Artuso, S., Cargo, M., Brown A. & Daniel, M. (2013). Factors influencing health care utilisation among Aboriginal cardiac patients in central Australia: a qualitative study *BMC Health Services Research*, volume 13(1), p. 83.

Berrio, D. (2008). Costos para gerenciar organizaciones manufactureras, comerciales y de servicios. Recuperado el 12 de noviembre de 2018 de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=13haDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT25&dq=ingresos+y+costos+operacionales&ots=E3vwHBgUOo&sig=t4cncQMy27jPDtJvX1A1LOW60Wc#v=onepage&q=ingresos%20operacional&f=false>

Castillo, P., Vallejo, E., Castañeda, C., Cotes, K. (2017). Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del Cauca, Colombia: tensiones, subordinación y diálogo intercultural entre dos sistemas médicos. *Saude soc.* 26 (1) Jan-Mar 2017 Recuperado el 22 de agosto de 2018 de: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0104-12902017000100061&script=sci\\_arttext](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0104-12902017000100061&script=sci_arttext)

Criado, I. (2009). Organización y estructura administrativa. En: Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. (2009). Documentación sobre gerencia pública, del Subgrupo A2, Cuerpo Técnico, especialidad de Gestión Administrativa. Recuperado el 13 de noviembre de 2018 de: <http://pagina.jccm.es/ear/descarga/A2T5.pdf>

Gibson, O., Lisy, K., Davy, C., Aromataris, E., Kite, E., Lockwood, C., Riitano, D., McBride, K. & Brown, A. (2015). Enablers and barriers to the implementation of primary health care interventions for Indigenous people with chronic diseases: a systematic review. *Implementation science*, volume 10 (1). p. 71.

Levy, L. H. (2005). Planeación financiera en la empresa moderna. Recuperado el 12 de noviembre de 2018 de: [https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=zrjKBSptgdcC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Planeacion+Financiera+en+la+Empresa+Modera&ots=\\_JF1Lmih5T&sig=mdNpEOedYmvhvg6oXPR TnuiwtU4&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Planeacion%20Financiera%20en%20la%20Empresa%20Modera&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=zrjKBSptgdcC&oi=fnd&pg=PA3&dq=Planeacion+Financiera+en+la+Empresa+Modera&ots=_JF1Lmih5T&sig=mdNpEOedYmvhvg6oXPR TnuiwtU4&redir_esc=y#v=onepage&q=Planeacion%20Financiera%20en%20la%20Empresa%20Modera&f=false)

Martínez, C. (s.f.) 4 Instrumentos de Investigación Documental y de Campo. Recuperado el 01/02/19 de: <https://www.lifeder.com/instrumentos-investigacion-documental-campo/>

Ministerio de salud y protección social (2017) Modos de verificación de los estándares y criterios definidos en el manual de habilitación de unidades funcionales como alcance y especificidad. Recuperado 10 de noviembre 2018 de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/verificacion-estandares-manual-habilitacion-unidades-funcionales.zip>

Ministerio de salud y protección social (2016) Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016. Recuperado el 31 de agosto de 2018 de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>

Mochón, F., Carreón, V. (2014) Oferta, demanda y mercado: aplicaciones En: Mochón, F., Carreón, V. (2014) Macroeconomía con aplicaciones de américa latina. (p.55 y p. 62.) México, D.F.: McGraw-Hill

Plazas, A. (2016) Evaluación de proyectos. En Plazas, A., Diseño de proyectos de inversión. (pp. 134 – 139) Bogotá.

Secretaría Distrital de Planeación. (s.f.) Informe No.1 – La población indígena en Bogotá según el Censo 2005. Recuperado el 03 de septiembre de 2018 de: [http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/info\\_indi\\_censo\\_2005.pdf](http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/info_indi_censo_2005.pdf)

Toro, F. J. (2010). Costos y presupuestos con base en tareas. Recuperado el 12 de noviembre de 2018 de: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=8q5JDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=ingresos>

+y+costos+operacionales&ots=WhiC6-OVkJT&sig=X0TpBoibNksbinIjVxHDRUMJ-  
Q#v=onepage&q=costos%20de%20distribuci&f=false

Valdés, C. (2018). Contabilidad simplificada para microempresas. Recuperada el 13 de  
noviembre de 2018 de:  
[http://www.temasdeclase.com/textos/index.php?option=com\\_content&view=article&id=112:ingresos-operacionales&catid=88:capitulo-14-ingresos-operacionales&Itemid=257](http://www.temasdeclase.com/textos/index.php?option=com_content&view=article&id=112:ingresos-operacionales&catid=88:capitulo-14-ingresos-operacionales&Itemid=257)

## Bibliografía

Acosta Navas, J. P. (2018). Pueblos indígenas, acción de tutela y derecho fundamental a la salud: una lección por aprender. *Diálogos de Derecho y Política*. (19). 39-58. Recuperado el 23/08/2018, de <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/derypol/article/view/331282/20787465>

Bainbridge R., McCalman J., Clifford A. & Tsey K. (2015). Cultural competency in the delivery of health services for Indigenous people. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 27 (2), p. 89–98.

Ballestas, L. (2012) La gráfica en la cultura material indígena de Colombia. Representaciones conceptuales e identidad cultural. Recuperado el 08/05/19 de: <https://www.visionchamanica.com/Arte/VCh-Grafica-indigena-LH-Ballestas-2016.pdf>

Bogotá Emprende. (2009) Cómo definir los costos de tu empresa. Recuperado el 04/03/19 de: <https://bibliotecadigital.ccb.org.co/bitstream/handle/11520/11865/100000208.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Chiavenato, I. (2014) *Introducción a la teoría general de la Administración* (8° Ed.)

Consejo de Cámaras de la Comunidad Valenciana. (s.f.) *Guía de ayuda a emprendedores*. Recuperado el 15/02/19 de:

[http://www.camarascv.org/EMPRENEDORES/\\_pdf/localizacion.pdf](http://www.camarascv.org/EMPRENEDORES/_pdf/localizacion.pdf)

Decreto 780/2016, de 6 de mayo, de Ministerio de Salud y Protección Social, Capítulo 4. Recuperado el 24/08/2018, de: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)

Eastin, R., Arbogast, G. (2011) *Demand and Supply Analysis: Introduction*. Recuperado el 17/01/2019 de <https://www.cfainstitute.org/-/media/documents/support/programs/cfa/prerequisite-economics-material-demand-and-supply-analysis-intro.ashx>

Encolombia. (s.f.) *Definición y Clasificación de las Empresas*. Recuperado el 27/01/19 de: <https://encolombia.com/economia/empresas/definicionyclasificaciondelaempresa/>

Fleitman, J. (2000). *Negocios exitosos: como empezar administrar y operar eficientemente un negocio*. McGraw-Hill.

Flórez, S., Campo, C., Peña, C., Tróchez, M., Ibáñez, R. (2013) *Factibilidad económica-financiera para la creación de servicios básicos en salud en la comunidad afrocolombiana de Quilcace cauca (Tesis Especialización en administración hospitalaria) Universidad del cauca, Popayán.*

Franklin, E. (2004). *Organización de empresas*. México: McGraw Hill.

Gamarra, L del Rocío, JM Paredes Rivera - 2015 – Propuesta de mejora de clima organizacional a partir de la gestión del talento humano recuperado el 15/02/19 de: <http://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/1018/AnayaLizeth2015.pdf?sequence=1>

Garza Treviño, J. G. (2000). *Administración contemporánea*. McGraw-Hill, 2ª. Ed., México.

Gómez, C. (1999). *Costos en entidades prestadoras de servicios*. Recuperado el 04/03/19 de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/26549/1/24156-85753-1-PB.pdf>

González, C (2017) *Análisis de la viabilidad económica de una contratación por el sistema de capacitación para una Institución Prestadora de Servicios de salud (I.P.S.) de primer nivel de atención ambulatoria. (Ciencias Económicas y Administrativas) Pontificia Universidad javeriana.*

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta Edición. Editorial Mc Graw Hill. México. 2014. Hernández, R. *Metodología de la Investigación*. 6a Edición, Mc Graw Hill, México.

Indígenas colombianos: historia, características, símbolos y más. Recuperado el 08/05/2019 de <http://hablemosdeculturas.com/indigenas-colombianos/>

Instituto Nacional del Emprendedor. (s.f.) *Estudio de mercado*. Recuperado el 17/01/2019 de <http://www.contactopyme.gob.mx/guiasempresariales/guias.asp?s=9&g=2>

Kotler, P. Armstrong, G. (2007) *Marketing Versión para Latinoamérica*. (10 Ed.), p 130-150

Ministerio de Salud y Protección Social 2017. *Lineamientos incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de los pueblos indígenas en Colombia*. Recuperado el 23/08/2018 de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-ind%C3%ADgenas.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social 2004. Estudio Técnico de Servicios Diferenciales para los Pueblos Indígenas de Colombia. Recuperado el 24/08/2018 de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/estudio-suficiencia-indigenas.pdf>

Oliver S. (2013). The role of traditional medicine practice in primary health care within Aboriginal Australia: a review of the literature. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, volumen 9, issue 46.

Portafolio. (2017) En Colombia es más fácil crear una empresa que disolverla. Recuperado el 27/01/19 de: <https://www.portafolio.co/negocios/empresas/en-colombia-es-mas-facil-crear-una-empresa-que-disolverla-503199>.

Resguardo y municipio de Jambaló. (2011). Los tejidos propios: simbología y pensamiento del pueblo nasa. Recuperado el 08/05/19 de [https://radioteca.net/media/uploads/manuales/2015\\_08/LOS\\_TEJIDOS\\_PROPIOS\\_SIMBOLOGIA\\_Y\\_PENSAMIENTO\\_DEL\\_PUEBLO\\_NASA.pdf](https://radioteca.net/media/uploads/manuales/2015_08/LOS_TEJIDOS_PROPIOS_SIMBOLOGIA_Y_PENSAMIENTO_DEL_PUEBLO_NASA.pdf)

Secretaría Jurídica Distrital (2018). Decreto 410 de 1971 (fecha de expedición 27/03/1971). Recuperado el 13 de noviembre 2018 de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41102>

Thompson, I. (2006) Tipos de encuesta. Recuperado el 28 de enero de 2019 de: <https://www.promonegocios.net/mercadotecnia/encuestas-tipos.html>

Torres, J., Rangel, E. (2015). Estudio de factibilidad para la creación de una IPS de primer nivel de la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña. (Trabajo de grado). Universidad Francisco de Paula Santander. Ocaña.

Universidad Autónoma de México. (s.f.). Tema VI. 5 Beneficios y costos sociales. Recuperado el 24/01/2019 de: <http://dicyg.fi-c.unam.mx:8080/sistemas/publicaciones/TEMAVI.5.pdf>

Vega Vargas William Javier. (2012). Concepto 53731 de 2012. Recuperado el 21/08/2018, de: [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Conceptos/CTO\\_SNS\\_0053731\\_2012.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Conceptos/CTO_SNS_0053731_2012.pdf)

Zuani, E. R. (2003). Introducción a la Administración de Organizaciones. Maktub.