



**DESARROLLO EMPRESARIAL DEL SECTOR SALUD EN EL DISTRITO  
DE SANTA MARTA 1990-2005**

**MARTHA PADILLA ARIZA  
FREDY PERTUZ CELEDÓN**

**DIRECTOR: JORGE ENRIQUE ELIAS CARO  
Magíster en Administración de Empresas**

**FUNDACIÓN UNIVERSIDAD DEL NORTE  
MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS  
JUNIO 16 DE 2006  
BARRANQUILLA**

## TABLA DE CONTENIDO

Lista de Gráficas	3
Lista de tablas	6
Lista de cuadros	7
0. Introducción	10
1. Planteamiento del problema	12
2. Objetivos	13
2.1 General	13
2.2 Específicos	13
3. Justificación	14
4. Alcances y limitaciones	15
5. Perspectiva teórica	16
5.1 Reseña histórica	16
• El origen de las entidades de salud y su evolución hasta nuestros días.	17
• La historia y evolución de las entidades prestadoras de salud en Santa Marta	23
• El concepto del manejo de la salud en la época colonial	23
• Primeros hospitales en Santa Marta	28
• Las empresas de salud en Santa Marta desde 1950 a 1990	42
5.2 Fundamentación teórica	45
➤ Antecedentes del estudio	45
➤ Marco teórico	47
➤ El desarrollo empresarial y su relación con los retos de desarrollo económico-social vs. Desarrollo territorial, basado en estrategias	56
➤ Marco conceptual	66
6. Diseño metodológico	69
6.1. Tipo de investigación	69
6.2 método de investigación	69
6.3. Población y unidad de análisis	70
6.3.1 muestra sector salud con servicios médico asistencial.	71
6.3.2 muestra sin servicios médico asistencial.	71
6.4. Fuentes de recogida y análisis de datos	72
6.4.1. Fuentes y técnicas de recolección de información	72
6.4.2. Análisis de datos	73
7. Comportamiento del sector salud en el distrito de Santa Marta, a partir de la creación de empresas 1990-2005	74
8. Análisis del crecimiento del sector a partir del perfil del empresario del sector salud con servicios médicos asistenciales.	85
9. Análisis de las entrevistas realizadas a los empresarios de las empresas de salud sin servicios médicos especializados	114

10. Descripción y análisis del desarrollo del sector salud, a partir de las empresas, con base a los enfoques planteados en el marco teórico	130
11. Conclusiones	137
12. Recomendaciones	139
Bibliografía	141
Anexos	

## LISTA DE GRÁFICAS

**Gráfico 1.** Tasa de participación, ocupación y desempleo 2001-2004 (enero-diciembre)

**Gráfico 2.** Ilustra la cantidad de constitución de empresas por anualidad

**Gráfica 3.** Enseña el crecimiento empresarial del sector salud en Santa Marta por activos anuales

**Gráfica 4.** Muestra la clasificación de empresas de salud creadas en Santa Marta 1990-2005 clasificadas por Código CIIU

**Gráfica 5.** Ilustra la forma de Organización Jurídica presentan las empresas de salud de Santa Marta 1990 – 2005

**Gráfica 6.** Muestra las categorías que tienen las empresas de salud registradas en Santa Marta 1990 - 2005

**Gráfica 7.** Forma jurídica de las empresas de Salud en Santa Marta

**Gráfica 8.** Empleados que tenía la empresa en el año de su creación.

**Gráfica 9.** Empleados que tiene la empresa en la actualidad.

**Gráfica 10.** Relación de empleados que tenía la empresa en el año de su creación vs. empleados que posee actualmente

**Gráfica 11.** Número de empresas del sector Salud con servicios Médicos Asistenciales en Santa Marta con alta tecnología.

**Gráfica 12.** Sexo del empresario de salud con servicios médicos asistenciales en la ciudad de Santa Marta

**Gráfica 13.** Edad del empresario de salud con servicios médicos asistenciales, cuando creó la empresa.

**Gráfica 14.** Nivel de estudios del empresario de Salud con servicios Médicos Asistenciales en Santa Marta.

**Gráfica 15.** Clase de formación universitaria del empresario de Salud con servicios Médicos Asistenciales en Santa Marta.

**Gráfica 16.** Origen del empresario Salud con servicios Médicos Asistenciales en Santa Marta.

**Gráfica 17.** Padre y/o Madre del empresario de salud con servicios Médicos Asistenciales que tienen o han tenido empresa propia.

**Gráfica 18.** Parientes del empresario con servicios Médicos Asistenciales que han creado su propia empresa.

**Gráfica 19.** Tiempo transcurrido entre la planificación y la constitución legal de la empresa.

**Gráfica 20.** Conocimiento de los programas de apoyo a la creación de empresas por parte del empresario de salud con servicios médicos asistenciales.

**Gráfica 21.** Medio de comunicación por medio del cual conoció el programa.

**Gráfica 22.** Ha utilizado el empresario alguno de los programa.

**Gráfica 23.** El empresario volvería a crear otra empresa.

**Gráfica 24.** Forma jurídica de las empresas de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta.

**Gráfica 25.** Empleados que tenían las empresas de salud sin servicios médicos asistenciales en el año de su creación.

**Gráfica 26.** Relación de empleados que poseen las empresas de salud sin servicios médicos asistenciales actualmente y cuando se constituyó.

**Gráfica 27.** Empresas de salud sin servicios médicos asistenciales con alta tecnología.

**Gráfica 28.** Sexo del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales

**Gráfica 29.** Edad del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales cuando creó la empresa.

**Gráfica 30.** Nivel de escolaridad del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales

**Gráfica 31.** Profesión del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales cuando creó la empresa.

**Gráfica 32.** Origen del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales.

**Gráfica 33.** Conocimiento de los programas de apoyo a la creación de empresas por parte del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales.

**Gráfica 34.** El empresario de salud sin servicios médicos asistenciales ha creado otras empresas.

**Gráfica 35.** Empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales que volvería a crear una empresa.

## LISTA DE TABLAS

**Tabla 1.** Diferentes aspectos de la evaluación de los hospitales considerada en tres etapas

**Tabla 2.** Teorías económicas sobre el empresario y la firma y conceptos de desarrollo empresarial

## LISTA DE CUADROS

**Cuadro 1.** Muestra la cantidad de constitución de empresas por anualidad

**Cuadro 2.** Muestra los activos presentados por año en el sector Salud

**Cuadro 3.** Muestra la clasificación de empresas de salud creadas en Santa Marta 1990-2005 clasificadas por Código CIIU

**Cuadro 4.** Ilustra la forma de Organización Jurídica presentan las empresas de salud de Santa Marta 1990 - 2005

**Cuadro 5.** Muestra las categorías que tienen las empresas de salud registradas en Santa Marta 1990 - 2005

**Cuadro 6.** Forma jurídica de las empresas de Salud en Santa Marta.

**Cuadro 7.** Empleados que tenía la empresa en el año de su creación.

**Cuadro 8.** Empleados que tiene la empresa en la actualidad.

**Cuadro 9.** Relación de empleados que tenía la empresa en el año de su creación vs. empleados que posee actualmente.

**Cuadro 10.** Número de empresas del sector Salud con servicios Médicos Asistenciales en Santa Marta con alta tecnología.

**Cuadro 11.** Ilustra el sexo del empresario de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta.

**Cuadro 12.** Edad del empresario de salud con servicios médicos asistenciales, cuando creó la empresa.

**Cuadro 13.** Nivel de estudios del empresario de Salud con servicios Médicos Asistenciales en Santa Marta.

**Cuadro 14.** Clase de formación universitaria del empresario de Salud con servicios Médicos Asistenciales en Santa Marta.

**Cuadro 15.** Lugar de Origen del empresario de Salud con servicios Médicos Asistenciales en Santa Marta. .

**Cuadro 16.** Padre y/o Madre del empresario de salud con servicios Médicos Asistenciales que tienen o han tenido empresa propia



**Cuadro 17.** Parientes del empresario con servicios Médicos Asistenciales que han creado su propia empresa.

**Cuadro 18.** Tiempo transcurrido entre la planificación y la constitución legal de la empresa.

**Cuadro 19.** Fuente de financiación para la creación de las empresas del sector Salud con servicios Médicos Asistenciales

**Cuadro 20.** Nivel de importancia de estrategias para que las empresas del sector sean competitivas.

**Cuadro 21.** Conocimiento de los programas de apoyo a la creación de empresas por parte del empresario de salud con servicios médicos asistenciales.

**Cuadro 22.** Medio de comunicación por medio del cual conoció el programa.

**Cuadro 23.** Relación entre el conocimiento de los programas de apoyo a la creación de empresas y su fuente de información.

**Cuadro 24.** Ha utilizado el empresario alguno de los programas.

**Cuadro 25.** Nivel de importancia de las condiciones para crear una empresa.

**Cuadro 26.** El empresario volvería a crear otra empresa.

**Cuadro 27.** Año de creación de las empresas de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta.

**Cuadro 28.** Forma jurídica de las empresas de salud sin servicios médicos asistenciales de de Santa Marta.

**Cuadro 29.** Empleados que tenían las empresas de salud sin servicios médicos asistenciales en el año de su creación.

**Cuadro 30.** Empleados que poseen las empresas de salud sin servicios médicos asistenciales actualmente.

**Cuadro 31.** Empresas de salud sin servicios médicos asistenciales con alta tecnología.

**Cuadro 32.** Sexo del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales

**Cuadro 33.** Edad del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales cuando creó la empresa.

**Cuadro 34.** Nivel de escolaridad del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales

**Cuadro 35.** Profesión del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales cuando creó la empresa.

**Cuadro 36.** Origen del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales

**Cuadro 37.** Conocimiento de los programas de apoyo a la creación de empresas por parte del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales.

**Cuadro 38.** El empresario de salud sin servicios médicos asistenciales ha creado otras empresas.

**Cuadro 39.** Volvería a crear una empresa.

## 0. INTRODUCCION

La intención propuesta con la presente investigación, Desarrollo Empresarial del Sector Salud en el Distrito de Santa Marta 1990 - 2005, es obtener a partir del análisis y estudio del comportamiento de las empresas y del perfil de los empresarios, el grado de emprendimiento y la influencia del entorno en el surgimiento, desarrollo o desaparición de las empresas.

En ese orden de ideas, fue presentado el planteamiento del problema, los antecedentes y justificación, los objetivos de la investigación, los alcances y limitaciones del proyecto, el marco teórico, el diseño metodológico, el cronograma de actividades, el presupuesto propuesto y finalmente, la bibliografía consultada.

Ya que en la primera parte se realizó bosquejo en una amplia reseña histórica, donde como instancia primaria se dio a conocer el origen de las entidades de salud en la humanidad y su evolución hasta nuestros días, entrando posteriormente en la historia y evolución de las entidades prestadoras de salud, pero ya aplicado en la ciudad de Santa Marta, circunstancia que se maneja desde diferentes posturas: una de ellas fue el concepto del manejo de la salud en la época colonial, así mismo como se presentaron los primeros hospitales en Santa Marta y su desarrollo, hasta conocer las empresas de salud en Santa Marta desde 1950 a 1990.

Como segunda medida, dentro de la perspectiva teórica que se trabajó, en la fundamentación teórica de la misma se presentó un esquema sencillo de interpretar, pues se relacionaron los antecedentes del estudio, se diseñó el marco teórico y se hizo un paralelo entre el desarrollo empresarial y su relación con los retos de desarrollo económico-social vs. desarrollo territorial, basado en estrategias, y como es lógico para este tipo de investigación también se implementó el marco conceptual, donde se dieron a conocer los conceptos propios de la temática.

Continuando con el tema, seguidamente se entró a darle cumplimiento a los objetivos trazados, donde como primera medida se determinó el Comportamiento del sector salud en el distrito de Santa Marta, a partir de la creación de empresas 1990-2005, igualmente, con base en lo anterior se procedió a realizar un concienzudo análisis del crecimiento del sector a partir del perfil del empresario del sector salud con servicios médicos asistenciales y otro para conocer a los empresarios de las empresas de salud sin servicios médicos especializados.

De otra parte, y siguiendo el hilo conductor para el cumplimiento de objetivos trazados para esta investigación se entra a realizar una descripción y análisis del desarrollo del sector salud a partir de las empresas, con base a los enfoques planteados en el marco teórico, con sus respectivas conclusiones y recomendaciones.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En un mundo como el de hoy donde imperan los procesos de globalización de la economía, las organizaciones requieren de adaptarse a las fluctuaciones que se vienen presentando en el mismo. Es por ello que las empresas de salud no pueden apartarse de las condiciones reinantes del entorno económico y social; procesos que en un momento dado han hecho que se desarrollen estrategias tendientes a optimizar los servicios de las instituciones prestadoras de salud.

Ahora bien, si hablamos de Desarrollo Empresarial es ubicarse en un periodo determinado, con el objeto que a partir de la historia conocer la evolución de las empresas dentro de un sector específico como tal, es decir, identificar las causas e influencias del entorno que hicieron posible el surgimiento, desarrollo y desaparición de las mismas, tanto públicas como privadas, así mismo, el grado de emprendimiento y la caracterización del perfil del empresario de salud específicamente en el Distrito de Santa Marta.

En el periodo comprendido de 1990 a 2005 por todo lo anterior, sería importante conocer ¿Cómo ha sido el Desarrollo Empresarial del Sector Salud en el Distrito de Santa Marta en el periodo comprendido entre 1990-2005?.

Así mismo se presentan los siguientes interrogantes:

- ¿Qué factores han incidido en el Sector Salud en el Distrito de Santa Marta?
- ¿Cómo ha intervenido el entorno en el surgimiento del desarrollo y desaparición de las empresas en el Sector Salud?
- ¿Cuál es el perfil del Empresario de Salud del Distrito de Santa Marta?
- ¿Cómo ha sido el comportamiento de las empresas del Sector Salud en el Distrito de Santa Marta dentro del periodo objeto de estudio?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 GENERAL**

Determinar como ha sido el Desarrollo Empresarial del Sector Salud en el Distrito de Santa Marta, durante el periodo comprendido entre 1990 a 2005, teniendo en cuenta las condiciones que han hecho posible el surgimiento, desarrollo y desaparición de las mismas dentro del Sector productivo como tal.

### **2.2 ESPECIFICOS**

1º Caracterizar el perfil del empresario de salud en el Distrito de Santa Marta.

2º Analizar el comportamiento de las empresas del Sector Salud en el Distrito de Santa Marta.

3º Describir y analizar el Desarrollo del Sector Salud a partir de las empresas y empresarios, de acuerdo a los enfoques teóricos planteados en el desarrollo del trabajo.

### 3. JUSTIFICACIÓN

Este estudio está encaminado básicamente a explorar unos conceptos realmente desconocidos en el Distrito de Santa Marta, ya que a nivel de la Costa Atlántica existen pocos estudios sobre el Desarrollo Empresarial, por lo tanto, el periodo que se escoja indistintamente va a conducir a la misma problemática (carencia de información veraz y de estudios anteriores que orienten sobre le tema), aunque de forma apriorística se toma el periodo 1990-2005, porque se cree que sobre él se encuentra la mayor información disponible, sobretodo en la existencia de archivos históricos; además porque al introducirnos en un periodo anterior a 1990 implica ampliar el espectro espacial del estudio, puesto, se tendría que trabajar todo el departamento del Magdalena, ya que en el año de inicio del periodo objeto de indagación se le da la categoría de Distrito a la ciudad de Santa Marta.

Los estudios de Desarrollo Empresarial que se vienen realizando en la Región Caribe Colombiana son llevados a cabo especialmente en las ciudades de Barranquilla y Cartagena, principalmente en los estudios regionales que se hacen en la sede del Banco de La República en Cartagena, Sede del Caribe de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, la Universidad del Norte, y la Universidad del Atlántico, pero de otras regiones de la Costa aun se encuentran acéfalas, y como dice Sergio Solano, estos estudios están orientados, a confrontar creencias, y tradiciones sobre las entes empresariales en Colombia, es por ello, que en la última década se ha intentado estudiar y comprender el espíritu emprendedor de los empresarios de una determinada región, y como estos nuevos negocios a través de los puestos de trabajo creados se han convertido en polo de desarrollo económico y social de la regiones.

De ahí que se estudiará la relación existente entre empresario, empresariado y el contexto político, social, cultural, económico, tecnológico, demográfico y ambiental. Siendo así que es importante el conocer y comprender la lógica de la conducta empresarial en el acrecentamiento del capital y como dice Dávila (2002), “ se debe evaluar las consecuencias y precisar las diferencias entre un empresario insertado en la política y un político que además hace negocios”, de ahí que se deba conocer en la historia empresarial del Distrito de Santa Marta, esta relación existente, puesto que con ello se ayuda a contribuir en el desarrollo productivo de los sectores, que para nuestro caso es el Sector Salud.

#### **4. ALCANCES Y LIMITACIONES**

La propuesta se centra en estudiar el Desarrollo Empresarial del Sector Salud en el Distrito de Santa Marta, para esto, se hará referencia al periodo comprendido entre los años 1990 – 2005.

Una posible limitación para la realización del proyecto es la carencia de estudios anteriores, acerca del tema en el distrito de Santa Marta, así como la disparidad en la información existente entre la información reportada a las entidades de vigilancia y la que realmente se origina en el contexto o desarrollo de las actividades, lo que significa que en el Distrito de Santa Marta no existe una metodología para recoger dicha información y mucho menos cuentan con bases de datos y archivos históricos que permitan confrontar la información.

Igualmente a diferencia del resto del país no existe una cultura hacia la investigación científica que se constituya en un aporte a la academia que sirva como punto de partida para la realización de nuevas investigaciones y lo que es peor, no se publican resultados en revistas científicas y/o libros que permitan conocer las conclusiones de la gestión, de los aportes hechos, de las propuestas sugeridas.



## 5. PERSPECTIVA TEÓRICA

### 5.1 RESEÑA HISTÓRICA

Cuando se habla de empresas de salud, el concepto que tienen grabado las personas en la mente sobre ellas es Hospital, hecho incorrecto si se mira la realidad actual del sector en salud, porque estas empresas están catalogadas de diferentes maneras, clínicas, centros y puestos de salud o simplemente instituciones prestadoras de salud IPS, no obstante la impresión desde tiempos históricos sobre lo que es un Hospital, siguiendo las investigaciones de Toro Restrepo (2003) “*es un lugar donde hay médicos y enfermeras, con equipos complejos y medicamentos eficaces, esperando que llegue el paciente para atenderlo y brindarle con prontitud todos los cuidados que requiere*”. Esta idea, aunque puede tener más o menos componentes similares, siempre está ligada a la tarea que estos centros cumplen. El hospital de hoy, como el de ayer, es una entidad sometida a los influjos sociales y depende de ellos, por cuanto no hay ninguna otra entidad u organización que refleje más fielmente que un hospital las condiciones de vida de la gente y el desarrollo de la sociedad, puesto conociendo un hospital no sólo se sabe de que se enferma y muere la gente, sino también cuales son sus costumbres, cómo son sus relaciones, cual es su calidad de vida, cuales son sus valores, sus creencias y sus sentimientos<sup>1</sup>.

En la conformación de una empresa prestadora de los servicios de salud se pueden identificar tres aspectos fundamentales: la estructura, los procesos y el ambiente; elementos comunes a toda organización. Podría decirse además que cada sección o cada área de la entidad, es una empresa. En este sentido, un hospital es una empresa de empresas. Esto da la idea de su composición y complejidad.

---

<sup>1</sup> **TORO RESTREPO, Julio Ernesto** (2003). *El hospital como empresa*. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Segunda Edición. Medellín. Pág. 1. Este es un trabajo realizado por el autor en su condición de Médico Director del Hospital Universitario San Vicente de Paúl para mostrar y responder a la necesidad de revisar en forma serena y técnica el papel de las entidades de salud y su quehacer, ofreciendo una visión completa de los aspectos gerenciales, administrativos, técnicos y humanos de la gestión hospitalaria moderna, con exposición detallada y práctica de la filosofía, los procesos, la técnica administrativa, los aspectos ético- legales y los criterios de calidad para administrar los diferentes servicios de una entidad hospitalaria, cualquiera sea su nivel de complejidad. Sobre este aspecto ver también el trabajo de **KEARNEY, Jean y SOUBIRAN, André** *El Diario de la Medicina*. Traducido del Francés por Juan Masoliver Ramón y Margarita García, Edición: Pev Iatros, Ltda. México D.F.

- **El origen de las entidades de salud y su evolución hasta nuestros días.**

El criterio, la vocación y la tarea en primera instancia de los hospitales están ligados al concepto social que en cada época se tenga sobre la enfermedad, de ahí que sobre el origen de los hospitales como organización no hayan referencias claras, así como también sobre su objeto primario, ya que en sus inicios las funciones que cumplían eran las de hospedaje u hospicio y no como hoy se concibe. Es por ello, que es impreciso conocer sobre el momento a partir del cual el hospital fue catalogado como institución bien constituida y como precisó Aricarpa (1993) ¿cómo hablar de hospital sin hablar de enfermedad?<sup>2</sup>.

Desde sus formas más simples y sencillas hasta la más compleja que hoy se conocen de las entidades del sector salud, el hospital como empresa ha evolucionado de modo paralelo al conocimiento que el ser humano va adquiriendo sobre la enfermedad y al tratamiento que le da a la misma<sup>3</sup>. Desde los egipcios hasta Vesalio, y en épocas posteriores, la visión de la enfermedad y el concepto de hospital siempre han estado unidos<sup>4</sup>.

Toro Restrepo, textualmente sobre este tema expresa:

*“Los egipcios, al igual que los babilonios, consideraban la enfermedad como un pecado, una falta; y por tanto, creían que su tratamiento debían corresponder básicamente a algo que limpiara, a algo mágico. Esta explicación de la enfermedad como castigo de los dioses, que también se encuentra en la antigua Grecia, existe aún hoy, incorporada a la cultura de muchas sociedades”.*

De igual forma, Galeno – 130 d.C – quiso conocer de la enfermedad lo que era, no sólo lo que parecía, y postulo que ella aparece por trastornos en los humores; desde ahí es que a aquellas persona que ostentan el título de Médico, se les denomine galeno, en homenaje al nombre del personaje Griego que dio los primeros pasos a consolidar la profesión médica. Caso similar se pensó muchos años después cuando Paracelso – 1493-1591 – planteó una correspondencia entre macrocosmos y microcosmos y

<sup>2</sup> **ARICARPA, Ricardo** (1993). *Una vida entera por la vida. Hospital Universitario San Vicente de Paúl: 80 años*. Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín.

<sup>3</sup> **TORO RESTREPO** (2003). *El Hospital...* Op. Cit. Pág. 2 y **GARCIA BALLESTER, Luís** (2004). *Artifex, Factivus, Sanitatis: saberes y juicio profesional de la medicina en la Europa pluricultural de la baja edad media*. Primera Edición. Universidad de Granada (España). Pp. 556.

<sup>4</sup> *Ibíd.* Ver también el libro de **CARMONA, Juan Ignacio** (2005). *Enfermedad y sociedad en los primeros tiempos modernos*. Primera edición. Universidad de Sevilla (España). Pp. 294.

argumentó que la terapéutica consistía en la armonía entre el ser humano y el medio<sup>5</sup>.

Aricapa (1993) continua con la cronología, especificando que los años siguientes a Paracelso, entra a tener una gran importancia para las ciencias de la salud, Vesalio – 1514 – 1564 – quien practicó la disección del cuerpo humano y se opuso a los conceptos expuestos por Galeno en este sentido. En todos estos momentos, los hospitales han correspondido al conocimiento de la época<sup>6</sup>.

Al estudiar la historia de la medicina se encuentran algunos sitios que hacen referencias a hospitales. Por ejemplo, los templos de Asclepios en Grecia, que eran atendidos por sacerdotes; allí llegaban los enfermos en busca de salud y consejo. *“Si bien la función primordial de los sacerdotes en principio era curar el alma, mientras ejercían la caridad, atendían también las dolencias del cuerpo”* (Aricapa, 1993; Toro Restrepo, 2003; P 3). Igualmente se creía que la curación se producía milagrosamente, durante el sueño de la persona enferma, en el mismo templo. Esto hace parte de lo que se ha llamado *medicina creencial*<sup>7</sup>.

Para esa misma época existían también *las iatreias*, donde en ese entonces practicaban la medicina – asistencia- ya no sacerdotes sino laicos, con fuerte inspiración de Hipócrates – 460 – 380 a.C-, quien planteaba una orientación más racional, más científicas, y con soporte en la creencia de que todas las enfermedades tenían un origen natural. *“Lo filosófico y fisiológico del enfoque hipocrático proponía así otra mentalidad para entender la enfermedad; este fue, digamos el principio del fin del empirismo, del milagro aplicado a la salud, de la influencia de los astros y, en general, de la magia en la práctica médica y el comienzo de una nueva era, es decir de una actividad científica aplicada como profesión y vista como un negocio”*<sup>8</sup> (Aricapa, 1993; Rueda Pérez, 1999, Villa Polo, J, 2003; Toro Restrepo, 2003; Senra Varela, A, 2004)<sup>9</sup>.

<sup>5</sup> Se recomienda leer sobre este aspecto, los trabajos de **GONZALEZ, F., NAVARRO, A., y SANCHEZ, M.A** (2005) *Los hospitales a través de la historia y el arte*. Primera Edición. Editorial ARS Médica. Madrid España. Pp. 194; **ESTEVA DE SAGRERA, Juan** (2005). *Historia de la farmacia, la riqueza y el bienestar*. Primera Edición. Editorial Masson, Madrid. Pp. 416; **MEDINA, Doménech** (2005). *Historia de la medicina en el siglo XXI, una visión poscolonial*. Universidad de Granada, (España). Pp. 196; **SORIGUER ESCOFET, Federico J.C** (2005) *El médico y el científico*. Primera Edición. Editorial Díaz Santos. España. Pp. 222.

<sup>6</sup> **ARICAPA** (1993) *Una Vida...* Op. Cit.

<sup>7</sup> **TORO RESTREPO** (2003). *El Hospital...* Op. Cit. Pág. 3

<sup>8</sup> **RUEDA PEREZ, Gilberto** (1999) *El Triunfo de la Medicina Sobre la Magia. En el Arte de Curar*. Editorial Afidro. Bogotá D.C

<sup>9</sup> Sobre este aspecto fuera de los trabajos de Aricapa y Toro Restrepo, ver a: **VILLA POLO, J.** (2003). *Tratados Hipocráticos. Vol. 8: Naturaleza del hombre, lugares en el Ho*. Editorial Gredos. España. Pp. 592, Así mismo a **SENRA VARELA, A.** (2004) *Comentarios Hipocráticos sobre cultura y saber médico*. Primera edición. Editorial Díaz de Santos, España. Pp. 220.

Existieron además otros sitios como las *Valetudinarias* o *valetudinarium*, instituciones romanas para la atención de esclavos y gladiadores heridos en las luchas de las arenas de coliseos y en las batallas; y los templos de Esculapio, donde llevaban a los enfermos incurables o crónicos que por alguna razón no podían ser tratados en la familia. De este tipo de templos según González F, Navarro, A., y Sánchez, M.A (2005) menciona la historia en forma particular los de la isla Tiberina<sup>10</sup>.

Ya la idea de hospital como tal, de acuerdo a Aricapa (1993), Toro Restrepo (2003), Villa Polo, J (2003), Senra Varela, A (2004) González F. (2005), Esteva J. (2005), aparece bajo la influencia del cristianismo hacia el siglo IV. En el año 368, San Basilio fundó en Cesarea un Hospital cuyo objetivo principal era la atención de los viajeros, al estilo de los sitios que en épocas anteriores, aproximadamente 3.000 años antes de Cristo, recibían el nombre de *xenodokheie* o *xenodokium*, lugares y palabra de origen griego, de ahí el nombre del procedimiento cesárea a la intervención quirúrgica ginecobstetra para el parto, ya que la mayoría de los pacientes eran mujeres que venían con la intención de dar a luz sus bebés (Toro Restrepo, 2003). Para algunos, éstos parecen ser el verdadero punto de partida del hospital como institución, hecho que es afirmado por Carmona, J. (2005) en “Enfermedad y sociedad en los primeros tiempos modernos” y Gargantilla, P (2005) en “Las enfermedades de los Reyes de España: Los Austrias<sup>11</sup>. En algunos *xenodokium* existía un espacio dedicado propiamente a la atención de enfermos; era el llamado *nosocomium*, como el que existió después en Lyon (Francia) en el siglo VI, fundado por Childeberto<sup>12</sup>.

El impulso de los hospitales por el cristianismo según Gargantilla, P. (2005) estaba dado, además de por el deseo de brindar atención espiritual, por la obligación que tenían los obispos, por orden de los diferentes concilios, de recoger los pobres de sus diócesis. Sobre esto, ya se había planteado cuando Toro Restrepo (2003) lo había reafirmado, el cual fue plasmado en párrafos anteriores.

Las leproserías – lugares para albergar los enfermos por lepra – aparecen hacia los siglos XI y XII, atendidas generalmente por integrantes de comunidades religiosas. En el Renacimiento, se crea en España el Hospital Militar, fundado por los reyes católicos con el propósito de atender las

<sup>10</sup> GONZALEZ, F. y otros (2005) *Los hospitales a través de la historia y el arte*. Primera Edición. Editorial ARS Médica. Madrid España. Pp. 194.

<sup>11</sup> GARGANTILLA, PEDRO (2005). *Las enfermedades de los Reyes de España: Los Austrias*. Primera Edición. Editorial La Esfera de los Libros. Pp. 500 y CARMONA, Juan Ignacio (2005). *Enfermedad y sociedad...* Op. Cit.

<sup>12</sup> TORO RESTREPO (2003). *El Hospital...* Op. Cit. Pág. 3

tropas<sup>13</sup>. En los siglos XVI y XVII se crean varios centros, fundados por religiosos que, a su vez, creaban órdenes para este fin, como la de san Juan de Dios, en 1538 y la de san Vicente de Paúl, en 1633 (Toro Restrepo, 2003).

De ser instituciones aisladas, independientes y de segunda categoría, los hospitales han pasado a ser entidades con posición, ganando identidad e importancia, incluso frente a sí mismo. Hoy en día, los hospitales son entidades que difieren en muchos aspectos respecto a aquellas que los originaron, pero su fin fundamental, nunca ha cambiado, atender a la persona enferma (Rueda Pérez, 1999, Soriguer Escofet, 2005; Carmona, J. I., 2005; Medina, D. 2005). Sin embargo, en el cómo cumplir su labor y cómo realizar las actividades, es decir, en el aspecto funcional, son hoy como dicen Senra Varela, A. (2004) y González, F., Navarro, A., Sánchez, M.A (2005) en “los hospitales a través de la historia y el arte”, y “como bien se sabe, completamente diferentes a las de ayer, por su estructura, jerarquización y diferenciación de funciones entre otros aspectos”<sup>14</sup>.

Como se puede ver a través de la historia, la evolución de los hospitales como entidad, después de los siglos XVI y XVII cuando la fundación, atención o administración de los mismos estaba a cargo de las comunidades religiosas, los hospitales se fueron perfilando como lugares para la atención de necesitados. Y como dijera Riera (1985), asistir a un hospital era manifestar la pobreza o, en algunos casos, admitir que se padecía una enfermedad infectocontagiosa<sup>15</sup>; ambas, situaciones incómodas, expresión de debilidad y motivo de rechazo social<sup>16</sup>.

Este cambio se ve claramente, con la creación de la Asociación Americana de Hospitales en 1873, con la intervención del Estado en su operación y la consciencia de responsabilidad frente a todos los ciudadanos (Jayward, 1987; Barquin, 1994, 399); ya es cuando, según José Raimundo Sojo (1970) en el “Comercio en la historia de Colombia”, y López Garavito (1992) enfatizan que durante varias décadas, los estados pasan a ser los mayores empresarios, situación que para las empresas del sector salud en Colombia estuvo siempre marcada<sup>17</sup>. Esta Consciencia sus fue haciendo más evidente y, en forma paralela al progreso de la ciencia y al desarrollo tecnológico, el hospital como ente empresarial fue evolucionando hacia lo que hoy se

<sup>13</sup> GARGANTILLA, P. (2005) *Las enfermedades*. Op Cit; SENRA VARELA, A. (2004) *Comentarios*. Op. Cit; GONZALEZ, F., NAVARRO, A., y SANCHEZ, M.A (2005) *Los hospitales* OP Cit y MEDINA, Doménech (2005). *Historia de la medicina*. Op. Cit.

<sup>14</sup> Dicho textualmente por TORO RESTREPO (2003). *El Hospital...* Op. Cit. Pág. 5.

<sup>15</sup> RIERA, Juan (1985) *Historia, Medicina y Sociedad*. Ediciones Pirámide. Madrid. Pp. 43

<sup>16</sup> TORO RESTREPO (2003). *El Hospital...* Op. Cit. Pág. 5

<sup>17</sup> LOPEZ GARAVITO, Luis Fernando. (1992) *Intervención del Estado y Economía en Colombia*. Universidad Externado de Colombia. Pp. 359 y SOJO (1970). *El Comercio...* Op Cit., Pp. 186-196

conoce como una organización con clara responsabilidad social, sometida a exigencias sanitarias y obligaciones legales civiles y penales<sup>18</sup>.

Es por ello que desde el pasado siglo, los hospitales son acogidos progresivamente por los Estados y van tomando la importancia en la vida comunitaria, aunque siguen recibiendo apoyo de comunidades religiosas y de particulares con buena posición económica que se vinculan a su obra por medio de trabajo o de donaciones y legados. Muchos de los hospitales del siglo XX se fundaron por iniciativa y ayuda a particulares y muchas veces también bajo su completa responsabilidad económica<sup>19</sup>.

Finalmente, se puede decir que, desde el punto de vista organizativo, de acuerdo a los preceptos estipulados por Julio Toro (2003), Villa Polo (2003), García Ballester (2004), Esteva de Sagrera (2005) y Medina (2005) los hospitales han tenido las siguientes etapas: la primera se extiende hasta la creación de sitios adonde llegaban los pobres, los que padecían enfermedades que provocaban rechazo social y los viajeros; la labor en estos lugares giraba alrededor de la caridad o la piedad. La segunda, en la cual su organización tuvo como objetivo la asistencia, tanto en los que habían sido creados para la atención de luchadores y guerreros, como en los que no tuvieron este origen. Y la tercera etapa, la actual, es la de los entes de salud que prestan sus servicios como una respuesta a las obligaciones que tienen los Estados de brindar atención y bienestar a sus ciudadanos; estas instituciones están sometidas al influjo de las teorías económicas y administrativas, con la necesidad de prestar un buen servicio, satisfacer a los clientes, optimizar recursos y bajar costos (Toro Restrepo, 2003; Esteva de Sagrera, 2005; Medina, 2005). Para ello en la tabla Nro. 1 se ilustra en una apreciación histórica de Julio Toro (2005) la evolución de las entidades del sector salud.

---

<sup>18</sup> **JAYWARD, J.A** (1987) *Historia de la Medicina*, Traducción de Carlos M. Torres. Fondo de Cultura Económica. México; **BARQUIN C. Samuel**, (1994) *Historia de la Medicina*. Méndez Editores S.A. México D.F Pp. 399.

<sup>19</sup> En el libro de Ricardo Aricapa (1993) "*Una vida entera por la vida. Hospital Universitario San Vicente de Paúl: 80 años*" y de Julio Toro "*El hospital como empresa*", en un recuento sobre la historia del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín (Colombia) enfatizan que con estas mismas características (Caridad) funcionó en la ciudad de Medellín para los años de 1886 el Hospital San Juan de Dios, entidad que funcionó hasta 1932, tiempo en el cual los estudiantes de la escuela de medicina de Universidad de Antioquia realizaban sus prácticas. Una vez liquidado, sus muebles, equipos médico-quirúrgicos y demás enseres fueron trasladados al Hospital San Vicente de Paúl, que había sido fundado por particulares, encabezados por el señor Alejandro Echavarría Isaza en el año de 1913 como fundación sin ánimo de lucro, tal como se conserva actualmente.

Tabla 1. Diferentes aspectos de la evaluación de los hospitales considerada en tres etapas

CONCEPTO	ETAPA I	ETAPA II	ETAPA III
Período	Hasta año 368; primer hospital	Años 50's; Auge científico-médico	Actual
Época	Finales del siglo IV	Hasta la última mitad del siglo XX	Desde la segunda mitad del siglo XX
Característica	Caridad	Asistencia	Economía
Origen	Vocación	Servicio	Producción
Carácter	Hospicio	Público	Privado
Pacientes	Discriminados, viajeros, esclavos y gladiadores	Pobres, Particulares	Afiliados, beneficiarios, clientes
Actor	Religioso	Médico	Multidisciplinario, transdisciplinario
Conocimiento	Magia	Empírico-científico	Científico - basado en evidencia
Ambiente	Religioso	Humanista	Tecnológico
Sistema	Caridad	Beneficencia	Seguridad Social
Unidad en Función De	Beneficio, favor, obediencia	Costo-beneficio	Cobertura
Paciente Considerado Como	Menesteroso	Persona enferma	Una Oportunidad
Centro de Atención	Ser humano	Hombre	Mercado
Responsable	Ordenes Religiosas	Estado	Empresas
Motivación	Caridad, piedad	Solidaridad, generosidad	Derechos, mutualidad
Medicación	Paliativa	Curativa	Prevención de las enfermedades y promoción de la salud
Daño	Humor	Órgano, tejido	Genético
Atención	Pecado	Enfermedad	Salud
Tipo de Tratamiento	Mágico-religioso	Invasivo	No invasivo-molecular genético.
Financiación	Caridad pública	Auxilios, legados, donaciones	Autosuficiencia
Articulación	A credo religioso	A conocimiento científico	A políticas estatales

Fuente: Elaborado por: Toro Restrepo, Julio Ernesto. (2003). *El hospital como empresa*. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Segunda Edición. Medellín. Pág. 7.

- **La historia y evolución de las entidades prestadoras de salud en Santa Marta**

- **El concepto del manejo de la salud en la época colonial**

De acuerdo a los relatos de historiadores que han trabajado en sus investigaciones a la provincia de Santa Marta de Astorjas como comúnmente se le llamaba de la época de la colonia, como son Restrepo Tirado (1975), De la Rosa (1975) Bermúdez Bermúdez (1997) y Ramírez Tamayo (2004) los primeros acontecimientos de enfermedades se dieron con la llegada de los conquistadores en los comienzos del segundo cuarto del siglo XVI atacados por la peste de fiebre y disentería y/o extrañas dolencias que para los mismos por carecer de personas con conocimientos en el tema no había forma de curarlas o en su defecto los heridos por flechas envenenadas por parte de los indígenas en el afán de estos por evitar el ingreso a tierra firme y su posterior colonización<sup>20</sup>. Claro está que antes de ésta de época algunos antropólogos que han trabajado las culturas precolombinas nativas de esta región, caso Cárdenas Arroyo (1983), Reichel Dolmatoff (1959) y Honrad Preuss dan a conocer diferentes aspectos de la medicina de Santa Marta y sus alrededores, pero visto desde la óptica médica por así decirlo de los indígenas, a través de hechiceros, chamanes, sanadores y *mamos* y posteriormente sacerdotes después de la conquista que se atrevieron a vivir dentro de sus cultura y aprender de ellos<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Para ello se deben ver los trabajos de: **RESTREPO TIRADO, Ernesto** (1975) *Historia de la Provincia de Santa Marta*. Serie Publicaciones Especiales del Instituto Colombiano de Cultura Subdirección de Comunicaciones Culturales, División de Publicaciones e Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá D.C. Pp. 1-561. Es de anotar que este trabajo es un excelente trabajo realizado por el autor en un lapso de cinco años, dedicados de lleno a la búsqueda de información en el Archivo General de Indias de Sevilla (España) en su condición de Presidente de la Academia Colombiana de Historia, con motivo de celebrarse los 450 años de la fundación de esta ciudad. **DE LA ROSA, José Nicolás** (1975) *Floresta de la Santa Iglesia Catedral de la Ciudad y Provincia de Santa Marta*. Reedición del original. Biblioteca Banco Popular, Bogotá. **BERMUDEZ BERMUDEZ, Arturo Eduardo** (1997). *Materiales para la Historia de Santa Marta*. Segunda Edición. Fondo Mixto de Promoción de la Cultura y las Artes del Magdalena (FONCULTURA) y Editorial Kimpres Ltda. Bogotá D.C. Pp 1-360. Este trabajo fue realizado por el autor en su condición de Presidente de la Academia de Historia del Magdalena y como Miembro Correspondiente de la Academia Colombiana de Historia, con el auspicio del Banco Central Hipotecario con motivo de los 150 años de la muerte del Libertador Simón Bolívar en esta ciudad. **BERMUDEZ BERMUDEZ, Arturo Eduardo** (2000). *Don Rodrigo de Bastidas Adelantado de Santa Marta*. Editorial Kimpres. Bogotá D.C. **RAMIREZ TAMAYO, Amparo Aurora** (2004). *Historia de la Medicina en Santa Marta*. Primera edición. Editorial Universidad Cooperativa de Colombia. Facultad de Ciencias de la Salud. Medellín. Pp. 1-110.

<sup>21</sup> De manera ilustrada los siguientes trabajos mencionan lo dicho: **CARDENAS ARROYO, Felipe** (1983) *Los Cacicazgos Tayrona. Un acercamiento arqueológico y etnohistórico*. Universidad de los Andes, Facultad de Artes y Ciencias, Departamento de Antropología. Bogotá; **DOLMATOFF G., Reichel** (1954) *Investigaciones Arqueológicas en la Sierra Nevada de Santa Marta. Parte I*, Revista Colombiana de Antropología II. Bogotá; **PREUSS, Honrad Theodor**. *Visita a los Indígenas Kágaba de la Sierra Nevada de Santa Marta*. Traducción de María Mercedes Ortiz. Colcultura: Instituto Colombiano de Antropología e Historia. Bogotá.



Según lo estipulado por Juan Manuel Zapatero (1980), al recibir Don Rodrigo de Bastidas la cédula real el 5 de junio de 1500, para fundar provincias en tierra de “Indias”, buscar riquezas y aventuras y así expandir las posesiones españolas en el Nuevo Mundo, a cambio de la cuarta parte de los haberes encontrados que adquiriese durante dicho viaje, después de haber descontado los gastos por fletes; a partir de aquí, empieza el comienzo de una nueva provincia que fue de mucha importancia para los propósitos españoles en la época colonial, denominada Santa Marta<sup>22</sup>. Al iniciar los viajes Bastidas ya contaba con más de cuarenta años y padecía varias enfermedades, entre ellas unas muy dolorosas como la artritis gotosa (gota) y la artritis uricémica, lo cual hacía que se mantuviera con un temperamento tosco porque no había médicos ni medicina que le evitara las molestias corporales (Ramírez Tamayo, 2005). Ya para un segundo viaje y habiendo empeorado de sus enfermedades embarca dos médicos empíricos, uno según la historia hace alusión al andaluz Francisco Aranda, barbero de la tripulación<sup>23</sup> y el otro, el maestre Gonzalo, oriundo de las islas canarias, pero con escasos conocimiento de sus enfermedades<sup>24</sup>, con boticas y otros mantenimientos (Restrepo Tirado, 1975, 28-42; Bermúdez, 1997, 99).

La primera enfermedad mortal que se convirtió en epidemia en estas tierras, se remonta a finales del primer cuarto del siglo XVI, cuando Pánfilo de Narváez en su paso por provisiones (agua dulce, madera, pieles y alimentación) para los ejércitos españoles en su condición de comandante y con la tarea de combatir y derrocar a Hernán Cortés en México, trajo dentro de sus tripulación un esclavo negro con viruela; aunque murió pocos días después de desembarcar, los indígenas y habitantes que lo atendieron fueron contagiados y fue imposible, por carecer de la cura para tratarlos detener la muerte de muchos de los trabajadores y fieles seguidores de Bastidas (Restrepo Tirado, 1975; Bermúdez Bermúdez, 1997; Ramírez Tamayo, 2004).

Posteriormente narra la historia que en Abril de 1527, ya habiendo fundado a Santa Marta y construido una villa con más de 500 personas, fuera de indígenas nativos, Bastidas fue atacado por sus enemigos con la intención de matarlo, los cuales penetraron en su habitación y lo hirieron con una daga vieja y sin filo, circunstancia que hizo que se desangrara y se desmayara, hecho favorable por cuanto los atacantes pensaron que había fallecido y se marcharon pensando que habían cometido su labor. Debido a que no había un médico académico sino empíricos (sangradores traídos para una

---

<sup>22</sup> **ZAPATERO, Juan Manuel** (1980) *Historia de las fortalezas de Santa Marta y Estudio Asesor para su reconstrucción*. Academia Colombiana de Historia, Biblioteca de Historia Nacional Volumen CXLII. Bogotá.

<sup>23</sup> Según Ernesto Restrepo Tirado y Arturo Bermúdez, a barbero en aquella época se le denominaba al sangrador y cirujano.

<sup>24</sup> **BERMUDEZ** (1997). Materiales... Op. Cit.

expedición) para que lo atendieran y a la gravedad de las heridas, estas se infectaron, ya que después de contenida la hemorragia con algunas medicinas vegetales (herbolarias)<sup>25</sup> de sus amigos indígenas, los matuna.

Díaz Cardozo médico oficial de la expedición no lo pudo atender por la gravedad de la herida y su limitación de conocimientos, por tanto prefirió que lo atendieran en la Isla de Santo Domingo, donde Bastidas tenía su residencia permanente y habían médicos de escuela, pero en su viaje hacia allá, murió en Santiago de Cuba el 28 de Julio de 1527 (Zapatero, 1980; Bermúdez, 1997,99; 2000; Ramírez Tamayo, 2004, 43). Según relato de Bermúdez (2000) Antonio Díaz Cardozo, más conocido como el “Bachiller” contribuyó con la expedición de Gonzalo Jiménez de Quezada no sólo para fundar lo que hoy se denomina planicie cundiboyancense, sino que con sus servicios de cirujano y aportes empíricos daba medicamentos tales como “azeyte, resina y cebo”. Empleaba también “ungüento encarnativo, ungüento de plomo, ungüento de apostolorum, diaquilon, pez, solimán, cardenillo, albayalde, piedra de lumbre, ungüento blanco” (Ramírez Tamayo, 2004).

Tras la muerte de Bastidas, quien protegió y de forma humanitaria trató a los indígenas, estos se alzaron en armas y atacaron a los traidores que habían herido a su “Gran Jefe”, con flechas envenenadas con la raíz de la manguilla<sup>26</sup>, planta supremamente venenosa, que incluso ni los mismos nativos conocían la cura o antídoto, puesto su único fin era atacar para matar (Aguado, 1916; Fernández de Enciso, 1979, Soriano Lleras, 1979).

En virtud de lo anterior, los conquistadores por su parte se vieron obligados a traer sus propias medicinas y técnicas de tratamientos para tratar las enfermedades, las cuales básicamente eran mezclas de tradiciones populares europeas y árabes y de los cultos o saberes constituidos sobre la base racional del pensamiento Griego Clásico, para lo cual fundaron en 1530 el primer hospital como institución formalmente organizado, denominado Hospital de García de Lerma, en homenaje al nombre de su fundador, el Gobernador de la época, entidad de la cual se hablará más adelante. De ahí que en principio, gran parte de estos conocimientos se utilizara inclusive hasta nuestros días en la medicina popular de las ciudades y del campo colombiano.

---

<sup>25</sup> Expresado textualmente en **RAMIREZ TAMAYO** (2004). *La Historia...* Op Cit.

<sup>26</sup> La Manguilla de la desta tierra, según escrito de **FERNÁNDEZ DE ENCISO, Martín** (1979) *Suma de Geografía*. Biblioteca del Banco Popular. Bogotá manifestaba que para 1518 esta “era una hierba que brotaba como unas manzanas silvestres poco mayores que viras y úntanlas con otras hierbas y es tan ponzoñosa que por dicha no escapa hombre que por ella sea ferido”, expresado también en **AGUADO, Fray Pedro de** (1916) en su libro *Historia de Santa Marta y Nuevo Reino de Granada*, Establecimiento Tipográfico de Jaime Ratés. Madrid.

Por el otro lado, durante muchos años las sociedades indígenas precolombinas habían sobrevivido durante miles de años con su medicina natural, la cual iba avanzando acorde con su nivel de desarrollo cultural, económico y político<sup>27</sup>.

Dolmatoff (1959) manifiesta que los indígenas consideran que la enfermedad tiene una causa específica que debe ser conocida mediante la confesión exploradora o la purificación colectiva. Cuando la enfermedad es un castigo punitivo, el sumo sacerdote se instala a la orilla del río para escuchar o denunciar públicamente a los pecadores. Estos se golpeaban con una piedra atada a una cuerda y ofrecen la penitencia para expiar sus culpas. Sacerdote y penitente escupen simultáneamente sobre un haz de hierba que luego es arrojado al río donde también debe bañarse el pecador.

La vida indígena era en general saludable, pues la base alimenticia estaba dado en la base del maíz como producto principal, las frutas, las carnes y el pescado. En tiempos de epidemias o plagas, todo el pueblo peregrinaba a los lugares sagrados para hacer ceremonias de purificación y conjurar epidemias y calamidades (Bermúdez, 1997; Ramírez Tamayo, 2004). Habían campos especiales para el cultivo de la alimentación de sacerdotes y doncellas, así como terrenos destinados para el sostenimiento de enfermos, débiles e incapacitados, sordos, mudos, ciegos paráliticos, anormales congénitos como jorobados o enanos; desfigurados por labios figurados, ancianos y viudas. Los rehabilitados, de acuerdo con sus capacidades, eran empleados como tejedores, vigilantes, porteros, contadores de la escritura de nudos, y las mujeres como empleadas domésticas<sup>28</sup>.

La aparición periódica de algunas enfermedades como el reumatismo, la melancolía, la gota, la epilepsia, afecciones en los ojos, el resfriado, las diarreas, las afecciones renales, hidropesía, la peste de los nobles (que quizá fue sífilis)<sup>29</sup>, la sarna, la pulmonía y la tuberculosis, eran consignadas en un calendario religioso. En él describían los meses saludables y los que posiblemente traerían padecimientos.

Por otra parte la embriaguez y los abusos sexuales eran severamente castigados. El uso mezclado de la hoja de coca o jayo, mezclada con cal apagada o ceniza era vigilado y nunca se le consideró tóxica (Cárdenas Arroyo, 1983). Como terapéutica empleaban sustancias animales que eran recogidas por razones mágicas y con variados ingredientes. Verbigracia de ello, la carne sangrante de un animal servía contra las enfermedades

---

<sup>27</sup> *Ibíd.*

<sup>28</sup> *Ibíd.*

<sup>29</sup> Expresado textualmente en RAMÍREZ TAMAYO (2004). *La Historia...* Op Cit.

nerviosas o las enfermedades de las montañas<sup>30</sup>; las vísceras del conejillo, era utilizado contra los dolores del vientre y la grasa contra la esclerosis y los tumores. Los sanadores estaban divididos en magos, adivinos y cirujanos. Los herbolarios se tomaban de los campos cultivados por los grupos de los inválidos. Como medicina, los magos empleaban harina de maíz y huesos humanos. Los enfermos como se mencionó anteriormente se dirigían a los brujos para obtener la curación por medio de la confesión (Ramírez Tamayo, 2004).

Como remedios vegetales utilizaron la coca y el bálsamo de resinas para tratar las heridas; la corteza de quina como antipirético. Entre las sustancias minerales, el sulfato cúprico era empleado para las úlceras, heridas y cicatrices. La sarna se trataba con pomada a base de grasas minerales y azufre, la disentería se trataba con arcilla. La leishmaniasis americana era tratada con sulfúrico de arsénico<sup>31</sup>. Por otra parte, las mujeres practicaban la medicina llamada “la limpia”, que de acuerdo con los argumentos de Preuss, consistía en frotar el cuerpo en el cuerpo del enfermo, hasta sofocarlo y dejarlo morir. Muerto el animalillo, lo abrían y diagnosticaban la enfermedad del paciente<sup>32</sup>.

Vale anotar que después de la muerte de Bastidas y la sublevación indígena, muchos de los tratamientos indígenas sobre enfermedades para esta época se perdieron y aún se desconocen, porque estos huyendo de los españoles para no ser esclavizados se internaron en las montañas, como aún acontece en la actualidad. Las enfermedades más comunes que en estos momentos padecen los Tayronas son: gripa, paludismo en sus distintas denominaciones (malaria por vivax, malaria por falciparum y malaria mixta), fiebre amarilla, dengue clásico, dengue Hemorrágico, diarrea, sarampión, viruela y varicela<sup>33</sup>. La medicina natural más frecuente que es recomendada hoy por los sanadores o curanderos consiste en el empleo de: borraja, llantequina y hercalito, nombres y pócimas que según Preuss, Dolmatoff (1959) y Ramírez Tamayo (2004) sólo son dados a conocer a los “hermanos menores” en quienes los indígenas suelen confiar porque son muy reservados en sus conocimientos y sólo hablan de ellos a quienes saben no van divulgar sus secretos medicinales.

---

<sup>30</sup> La enfermedad de las montañas era descrita como un estado de desfallecimiento que producía vértigo, cefalea, opresión y pérdida de conocimiento, que los Incas del Perú llaman “Soroche”, según Juan Riera (1985) en *Historia, Medicina y Sociedad*. Ediciones Pirámide. Madrid.

<sup>31</sup> **SORIANO LLERAS, Andrés** (1979) *La Medicina en el Nuevo Reino de Granada Durante la Conquista y la Colonia*. Editorial Nelly, Bogotá.

<sup>32</sup> **PREUSS**. *Visita a los Indígenas*. ... Op. Cit.

<sup>33</sup> **SORIANO LLERAS** (1979) *La Medicina*... Op. Cit.

## Primeros Hospitales en Santa Marta

Con base en los escritos de Tirado Restrepo (1975), De la Rosa (1975), Bermúdez (1997) y Ramírez Tamayo (2004), en Santa Marta como tal, han existido como entidad legalmente constituido varios hospitales, los cuales fueron creados y extinguidos de acuerdo a las necesidades de la época y administrados por el poder turno, ya sea por los religiosos en algunas veces y en otras por los militares y más recientemente por el Estado y su gobierno en sus distintas niveles de poder, nacional, departamental y municipal.

**El hospital García de Lerma:** El primer hospital creado como institución y que figura en las crónicas de la ciudad, como se mencionó en párrafos anteriores fue el Hospital de García de Lerma, el cual era una casa de madera y techo de paja, destinado a atender los heridos en los encuentros con los indios y a los enfermos graves, fundado por el Gobernador de la Provincia y Comandante del ejército español, Capitán General García de Lerma, quien era natural de Burgos y mediante requerimiento formal dirigido al mismo Rey, había solicitado autorización para ayudar a levantar un hospital, la cual el monarca benévolamente aceptó mediante carta de febrero 15 de 1528<sup>34</sup> (Restrepo Tirado, 1975; Bermúdez, 1997; Ramírez Tamayo, 2004).

*“Por ende, yo os mando que hagais arrendar y arrendéis la dicha escribanía en persona o personas que más por ellas dieren, y con lo que así rentare hagais acudir al primer hospital que está hecho o se hiciere en la dicha tierra, para que se gaste y distribuya en las cosas de él, por el tiempo que vuestra merced y voluntad fuere”.*

---

<sup>34</sup> Aunque Restrepo Tirado (1975) en su obra Historia de la provincia de Santa Marta, que es un trabajo obtenido directamente de la fuente, Archivo General de Indias en Sevilla (España), sección de archivos reales, cartas de los oficiales, E2, C.2 L.3-18 de marzo 28 de 1529, enseña como fecha de llegada del Gobernador García de Lerma el 28 de Febrero de 1529 y que una de las funciones que traía ordenada directamente por el Rey, fuera de ser Capitán General de todo lo que descubriese entre el río de la Magdalena y la laguna de Maracaibo, era la fundar un hospital para atender los enfermos en la labor conquistadora, reducir a los indios en estado de revuelta y castigar a los soldados españoles responsables del atentado contra Bastidas, para lo cual se acompañaba de su Teniente Antonio de Arbolacha Vizcaíno, de su primo Juan de Lerma, del capitán de guardia Berrío, su sobrino Pedro de Lerma y ochocientos valerosos soldados, entre los que se encuentran un mestizo isleño de apellido Quiñones, Fernando de la Feria, Juan de Montemayor, Lorenzo de las Casas, Pedro de San Lucar, los hermanos Fernando y Antonio Santana y Juan Toscazo y con ellos varios religiosos dominicanos, encabezados por el Fray Tomás Ortiz, quienes fueron los primeros en predicar la palabra y doctrina de Cristo en el territorio de tierra firme de esta nueva provincia y a su vez serían los encargados o comisionados de atender el hospital, el cual debía sostenerse con los ingresos provenientes de una parte de la escribanía mayor de minas, cediéndoles para ello la escobilla y relieves de oro y plata u otros metales que se fundieron en la provincia. Se les designaba también una participación en los frutos decimales para obras pías. Pp. 53-55.

El hospital de García de Lerma estuvo terminado en 1530 y recibió una limosna real, por medio de la cédula de diciembre 22 de 1530 por valor de \$90.000 maravedíes que los oficiales reales habían de entregar y por otra cédula el Rey, ordenaba a los hospitales con sede en Sevilla (España), que mandarían seis (6) camas para el Hospital de Santa Marta (Bermúdez, 1997). Posteriormente una cédula real, pero emitida por la Reina ordenaba la creación del cargo de mayordomo del hospital, para pagarlo con los auxilios reales que debían entregarle al organismo, García de Lerma se encargó del sostenimiento del hospital con sus propios haberes, principalmente del pago de médicos y barberos, uno de ellos llamado Iñigo López,<sup>35</sup> pero al decaer sus fuerzas económicas, la manutención del mismo también decayó, hasta el punto que en 1536 ya no habían medicinas con que atender a los soldados enfermos o heridos en combate con los indígenas<sup>36</sup>, ya que casi todos murieron a causa de las lesiones producidas por las flechas envenenadas<sup>37</sup>. No obstante, y en virtud de lo expuesto García de Lerma solicita una nueva limosna a la realeza española, mediante carta del 26 de Octubre de 1531, la cual fue negada y decía.

*“Beso los pies y manos de V.M. por la merced y limosna que mandó hacer a este hospital que yo aquí fundé que él no tiene otra renta ni hay donde la pueda tener sino es de la mano de V.M. porque los vecinos con las adversidades y trabajos más estarán para irse a él que para darle nada”<sup>38</sup>*

En vista de ello y a la negativa real, las necesidades de atender un centro de esa naturaleza y en esa naturaleza tuvieron que ser muchas, hasta el punto que el Gobernador en 1533, se quejaba nuevamente al Rey en carta fechada Mayo 15, donde informaba que este hospital estaba caído, sin camas e inservible para atender los enfermos. Sin embargo, los buenos deseos y la voluntad de García de Lerma y la abnegada atención de los religiosos este se mantuvo y prestaba todavía algunas funciones, aunque en un estado miserable hasta la llegada del nuevo Gobernador el Adelantado de las Canarias Don Pedro Fernández de Lugo.

<sup>35</sup> BERMÚDEZ (1997) Op. Cit. Pp. 100

<sup>36</sup> Enfrentamientos que estaban al mando de Alfonso Luís de Lugo, (hijo del Adelantado de las Canarias, Don Pedro Fernández de Lugo, quien fuera posteriormente Gobernador de la Provincia), en compañía de otros capitanes como Pedro de Lerma, Alonso Martín, Juan Muñoz y Juan de la Feria, pero en una expedición al extenso y rico valle de Mongay, alentados por una expedición anterior al valle de Tayrona, donde regresaron con más de 60.000 ducados, el gobernador mandó otra comisión pero ya a cargo de su sobrino Pedro de Lerma, quienes regresaron a Santa Marta con innumerables heridos y muy poco oro, a quienes según el Fray AGUADO, Pedro de (1916) en su libro *Historia de Santa Marta y Nuevo Reino de Granada*, Establecimiento Tipográfico de Jaime Ratés. Madrid, estos heridos en algunos casos para contrarrestar los efectos del veneno eran tratados con los excrementos de los tratantes o en succionar lo más posible la herida, abrir una ignición en el punto vulnerado y cortar la mayor parte de tejidos cercanos a la herida acompañado de una dieta rigurosa.

<sup>37</sup> RAMIREZ (2004). La historia... Op. Cit.

<sup>38</sup> Tomado de Materiales para la historia de Santa Marta de Arturo Bermúdez Bermúdez (1997). Pp. 88.

De acuerdo a lo anterior, Bermúdez (1997) literalmente expresa *“En tiempos del Gobernador Pedro Fernández de Lugo en uno de los encuentros de su hijo Alonso Luís de Lugo con los indios, muchos de sus soldados fueron heridos y murieron casi todos de resultas del veneno y lo mismo los enfermos de fiebre, mal atendidos por falta de medicinas, en el destartado hospital que había fundado García de Lerma”*.

Debido a que el hospital siempre fue atendido por los religiosos dominicanos y estos eran exigentes en la atención y en requerimientos de insumos, las tensiones entre el nuevo Gobernador y el Fray Tomás de Ortiz y los demás sacerdotes se hicieron tensas, hasta el punto que desapareció en 1536.

**El hospital de Córdoba:** En la periferia de la Provincia de Santa Marta existió una población en la colonia española llamada Córdoba, muy cercana a los poblados indígenas de Betoma, fundada por el capitán Pedro de Cárcamo en 1592 por ordenes de su tío el Gobernador de la Provincia Francisco Marmolejo, la cual estaba localizada entre las poblaciones de Santa Marta y lo que hoy se conoce como Ciénaga, de ahí que esta haya tomado su nombre San Juan del Córdoba, por acuerdo del Concejo de esta municipalidad del 25 de febrero de 1886; ubicada a orillas del río que lleva su nombre (Córdoba), en alusión a aquella primitiva provincia, que fuera saqueada y destruida en un ataque pirata por el corsario Guillermo Goodson, que en 1655 dejó su nombre deformado en Gauzon o Golozón, como sinónimo del nuevo Atila (Tirado Restrepo, 1975, 186; Bermúdez, 1997, 88 y 253), en la cual funcionó un pequeño hospital inaugurado en 1628, que de acuerdo a precisiones de Bermúdez (1997) era una *“miserable construcción de madera y paja donde los enfermos eran pésimamente atendidos”*.

La villa recibió el nombre de Córdoba porque su fundador y su padre Lope de Horozco antecesor Gobernador de la Provincia de Santa Marta eran oriundos de Córdoba (España), quien según Tirado Restrepo (1975) al morir en edad muy avanzada dejó la capitulación real a su otro hijo que también llevaba su nombre, pero por ser menor de edad, lo suplió su tío el capitán Francisco Marmolejo. Después de la invasión pirata comandada por Goodson, según De la Rosa (1975) *“no hay razón del tiempo en que fue demolida la ciudad de Córdoba, ni la dan los prebendados de la antecedente Junta Capital, es persuasible y aun indultable que aconteció en el año 1655, puesto que no había de estar de más antiguo tiempo infructuoso aquel censo y se convence de que su situación era en las orillas del río Córdoba, 5 leguas al poniente de la costa; y así hemos de colegir que entonces la quemó este enemigo, y que en lo sucesivo durante nueve años después se fueron mudando poco a poco los vecinos, hasta que la dejaron desierta”*

El poblado de Córdoba según lo relatos históricos, después de una visita del Gobernador Francisco Manso de Contreras, llevado por soldados hasta la villa en hamaca, porque en un ataque indígena quedó tullido de pies y manos, en carta enviada al Rey, manifestó *“encontré un pobre pueblito de 20 bohíos, de los más humildes edificios que he visto en mi vida, sólo hincados ciertos palos y estacas en tierra, cubiertos con paja y de tamaño de chozas y cabañas de pastores, sin iglesia, y la tierra en el pueblo hasta poco menos de la cinta y con muchos árboles y monte”* (Tirado Restrepo, 1975, 188; Bermúdez, 1997, 253).

Para aclarar es importante mencionar que Ciénaga la precolombina Aldea Grande, era la encomienda indígena más grande del Distrito de la Provincia de Santa Marta, que poseía 90 indios tributarios y que *“Horozco les puso corregidor para protegerlos de los cristianos”*, mientras que Córdoba era villa de españoles catalogada también como Distrito que comprendía a su vez varias encomiendas, por tanto ambas existieron al mismo tiempo. Restrepo Tirado y De la Rosa, afirmaban que en épocas del Obispo Luís García de Miranda, este *“mandó a reedificar el Hospital de Córdoba en 1628, dotado por S.M con el cuarto y medio de los diezmos”*, hecho insignificante si se tiene en cuenta que la *“iglesia era pobrísima”*. *“Contaba con vecinos, dos de ellos poseían algún ganado vacuno y los demás vivían del maíz que sembraban en compañía de 40 indios que tenían encomendados, la mayor parte sin bautizar y tratados como esclavos”*.

Como se podrá notar, el desarrollo de la villa Córdoba y en él su hospital tuvo muy corta existencia, ya que como dijo De la Rosa (1975), después del ataque e incineración hecho por de Goodson en 1655, *“para 1664 Córdoba había desaparecido en su totalidad”*.

**El hospital de Sevilla.** Al igual que Córdoba, Sevilla tiene similar fundación después de 1589 cuando Francisco Marmolejo firmó una capitulación en Cartagena, con el Doctor Antonio González Presidente del Nuevo Reino y de la Audiencia de Santafé, por el cual se comprometía a gastar 10.000 ducados en fundar dos o más poblaciones, de aquí es donde a ordenes del Capitán Pedro de Cárcamo en 1592 se fundan las villas de Córdoba en la provincia de los Betoma (ya mencionada), Sevilla en la provincia de Carbón, el pueblo Dulce Nombre de Jesús y Nueva Salamanca de la Ramada (hoy conocido como Dibuya en el departamento de la Guajira)<sup>39</sup>

El calificativo de Sevilla proviene en alusión a la prominente ciudad española que lleva su nombre, único puerto autorizado para la época en comerciar

---

<sup>39</sup> TIRADO RESTREPO, Ernesto (1975) *Historia...* Op. Cit. Pp. 185-188 y BERMUDEZ BERMUDEZ, Arturo (1997) *Materiales...* Op. Cit. Pp. 251-254



entre España y el Nuevo Reino, pero que de condiciones de progreso ésta sólo lleva su nombre porque Francisco de Manso Contreras, Gobernador de la Provincia de Santa Marta, en su informe al Rey, en carta enviada a S.M sobre la visita que este hiciera a Córdoba y las demás poblaciones recientemente fundadas, manifestó sobre Sevilla, si las condiciones de Córdoba es *“encontré un pobre ...monte.”*, sobre esta informó *“le dijo que es infinitamente peor y aunque fuera tan populosa como la que S.M tiene en España, los mosquitos la despoblarían”*

Ya para 1628, funcionaba un pequeño hospital que según Bermúdez (1997) se hallaba en condiciones miserables, hecho en paja y madera, sin apoyo gubernamental y donde los enfermos se encontraban en circunstancias deplorables.

Es de resaltar que a pesar de que hace más de 450 años se efectuó la fundación de esta población, inicialmente como corregimiento de la localidad de Ciénaga (hasta 1998) y recientemente adscrito al municipio de Zona Bananera, como cabecera municipal, ésta aún no ha alcanzado un desarrollo empresarial sostenible, no obstante haberse desplegado en ella a su máximo esplendor el furor bananero en Colombia, sigue siendo una población que como en la época colonial de manera apriorística *“de miserables condiciones económicas y social”*.

**El hospital de San Sebastián.** En el libro *“La Floresta de la Santa Iglesia Catedral de la Ciudad y Provincia de Santa Marta”* escrito por el fraile José Nicolás De la Rosa en la segunda mitad del siglo XVIII y reeditado por el Banco Popular en 1977, (texto que según los criterios de Juan Manuel Zapatero (1980) en la *“Historia de las fortalezas de Santa Marta y Estudio Asesor para su reconstrucción”*, es imperiosa la lectura de este, colmándola además en elogios al considerarla como una obra magna e incuestionable, si se desea conocer y/o comprender la historia de la Provincia de Santa Marta, especialmente para los siglos XVII y XVIII) se deja constancia de la existencia de éste Hospital, el cual fue fundado por el Obispo Ocando el 21 de Marzo de 1617 y funcionó inicialmente en el lugar donde había funcionado la Iglesia de Santa Ana, después que esta se trasladará a su nueva sede y se convirtiera en la tercera iglesia de la ciudad, levantada por el Gobernador y Obispo Marcos Gedler Calatayud, de quien Restrepo Tirado (1975) habla con gran magnitud (Restrepo Tirado, 1975, 253-267; De la Rosa, 1975; Zapatero, 1980, 31; Bermúdez, 1997, 89; Ramírez Tamayo, 2004, 54-55).

*“Al llegar a la ciudad el Obispo Ocando, encontró sólo una pobre iglesia de palma, y algún material para mejorar lo que la que había dejado su antecesor Catalayud, y dio principio a la nueva fábrica, que*

*consiguió en breve... y que en la posteridad servía de hospital, con el título de San Sebastián, hasta su tiempo, en que fue demolida..."*

Como se mencionó anteriormente el Obispo puso su nombre al hospital fundado en la iglesia de Catalayud y lo abrió al público después que llevó *"en procesión, con solemnísimas fiestas, de la Catedral vieja a la nueva, al Santísimo Sacramento, que se colocó en ella, dejando la otra para un hospital, que se denominó con el título de San Sebastián"*<sup>40</sup>.

Lo paradójico del asunto y después de tan rimbombante acontecimiento de inauguración once años después (1628) el hospital ya se encontraba en completo abandono, casi sin camas y mal atendidos, básicamente por el escaso mantenimiento que se hizo y los recursos que habían para mantenerlo, por lo que el Obispo Luís García de Miranda mandó traer de Cartagena unas camas y lo más necesario para ponerlo en funcionamiento.

La administración de este ente, siempre estuvo en cabeza de los religiosos, quienes poseían algunos conocimientos empíricos sobre medicina y se dedicaban a aliviar los enfermos con las drogas de su tiempo, empleando las plantas indígenas, cuyas propiedades terapéuticas iban conociendo por indicación de los nativos<sup>41</sup>. Finalmente ya para 1643, se mandó a demoler este centro, puesto que para la época prestaba limitados servicios *"porque ya estaba inhabitable e indecentísimo"* (Bermúdez, 1997, 89; Ramírez Tamayo, 2004, 54).

La historia no precisa el lugar exacto donde funcionó esta iglesia-hospital, sin embargo existen dos versiones sobre la localización de la misma, una de ellas es que se encontraba fuera del perímetro urbano en el oriente de la ciudad y la otra donde después construyeron el hospital San Juan de Dios, del cual nos ocuparemos más adelante, pero sin tener ninguna prueba archivística o bibliográfica conocida que lo demuestre<sup>42</sup>.

A raíz de la demolición del hospital San Sebastián en 1643, a partir de allí la provincia de Santa Marta, se quedó mutilada en cuanto a instituciones u organizaciones prestadoras de salud que más que bien prestaba una función social, hasta el punto que en 1628 el Rey Felipe V, autorizó al deán<sup>43</sup> Diego de Hernández para que hiciese un Hospital, pero no se tiene información de su gestión (Aguado, 1916; De la Rosa, 1977, Soriano Lleras, 1979, Bermúdez, 1997, Ramírez Tamayo, 2004), demostrándose nuevamente que la voluntad y facultad para crear y administrar los hospitales siempre la daba

<sup>40</sup> DE LA ROSA, José Nicolás (1977). *La Floresta...* Op Cit.

<sup>41</sup> BERMUDEZ BERMUDEZ (1997), *Ibid.* Pp. 89; RAMIREZ TAMAYO (2004), *Historia...* Op. Cit. Pp. 54

<sup>42</sup> *Ibid.*

<sup>43</sup> Deán era la persona que tenía las funciones de cabeza de cabildo en las catedrales.

los religiosos, prueba de ello, fue que el próximo hospital en fundarse (Hospital San Juan de Dios) 103 años después de la demolición del San Sebastián en 1746 llegaron a la Provincia dos religiosos de la Orden San Juan de Dios con la misión de fundar un hospital, ya que “*no había allí médico, ni cirujano, ni quien recogiera los enfermos*”<sup>44</sup>.

La falta de gestión hacia la constitución de hospitales trajo consigo muchas muertes, por culpa de las epidemias y demás enfermedades, que con base en preceptos de SORIANO LLERAS (1979) en “*La Medicina en el Nuevo Reino de Granada Durante la Conquista y la Colonia*” las más comunes eran las de la piel, producidas por las picaduras de insectos y las ulceraciones profundas, también se veía mucho la miosis (contracción permanente de la pupila). Igualmente la gente se enfermaba de los pulmones, quienes presentaban un cuadro clínico de pulso comprimido, esputos viscosos y verdosos, digestión laboriosa; los cuales eran atendidos con cucharadas de elixir pectoral, el paciente debía mantener el pecho y los pies cubiertos<sup>45</sup>. Igualmente dentro de los tratamiento más comunes se empleaba según Rueda Pérez (1999) y Ramírez Tamayo (2004) el vinagre, el aceite, las cauterizaciones con fuego, el sumo del tabaco, el agua de membrillos y demás plantas aportadas por los indígenas, como: la ipecacuana, la quinta, el bálsamo de toló, el curare o barbasco, el jayo o coca<sup>46</sup>.

Fue tanta la ausencia médica profesional en Santa Marta que en 1724 murieron el deán Antonio Barrario y el Obispo Nicolás Gil, a causa de la falta de tratamiento y medicinas que le permitieran curar sus enfermedades<sup>47</sup>. Algo similar narran Soriano Lleras (1979), Bermúdez (1997) y Ramírez Tamayo (2004), cuando afirman que en 1736 hubo nuevamente viruela y el obispo Monroy se encargó de atender tanto a los indígenas como a los 96 soldados que desembarcaron con peste, haciendo uso de su propia farmacia que había traído de España.

**Hospital San Juan De Dios:** Como se había dicho anteriormente, durante 103 años la Provincia de Santa Marta, estuvo acéfala en los cuidados de salud de sus enfermos a través de entidades especializadas, sólo después de la llegada de dos misioneros y médicos de la orden San Juan de Dios en el año de 1746, Juan de Heredia y Josef Joaquín González, se inicia la construcción de un ente que por más de dos siglos fue el estandarte de las instituciones de salud en Santa Marta e incluso de todo el departamento del

<sup>44</sup> BEMUDEZ BERMUDEZ (1997), Op. Cit. Pp. 90

<sup>45</sup> SORIANO LLERAS, *La Medicina*... Op Cit.

<sup>46</sup> Ver también los trabajos del médico historiador Samario Arturo Bermúdez (1997) y Soriano Lleras (1979).

<sup>47</sup> ZAPATERO, Juan Manuel (1978). *La ciudad de Santa Marta de las Indias y sus fortalezas*. Madrid

Magdalena. Esta entidad inicialmente funcionó como hospital-convento, el cual se encontraba al lado de la casa arzobispal. Inicialmente recibió el nombre de convento-episcopal del Arcángel San Rafael, pero en 1760 se separaron las funciones y el hospital fue cambiado por San Juan de Dios y el convento continuo denominándose San Rafael (Aguado, 1916; De la Rosa, 1975; Zapatero, 1978, Bermúdez, 1997)

El hospital antiguo estaba ubicado en donde funcionó hasta hace menos de quince años cuando fue liquidado en su totalidad, al igual que la iglesia y el convento, en la calle del Río (carreras 2ª y 1ª entre calles 21 y 22) y contaba con doce camas para atender los enfermos. El fray Josef Joaquín González, quien era prior del convento, también durante quince años estuvo a cargo de la administración del hospital, fue el encargado de ampliar las instalaciones y creó un pabellón única y exclusivamente para atender a los soldados heridos en combate, al cual en su momento dado denominaron *Hospital Militar*. “*Por cada soldado atendido, la tropa pagaba un real*” (Bermúdez, 1997, Ramírez Tamayo, 2004).

Este hospital fue construido en primera instancia por recursos especiales ordenados por mandato real, los cuales provenían según autorización de S.M del noveno y medio de los diezmos que le correspondían a él de toda la provincia<sup>48</sup>.

Los malos manejos administrativos y la poca inyección de recursos provenientes de esferas distintas a los porcentajes diezmales hicieron que este hospital siempre fuera pobre y los servicios prestados por el hospital se deterioraran “*hasta el punto que en 1814 estaba en tal situación que no se encontraba un pedazo de pan, ni una copa de vino*” (Aguado, 1916, De la Rosa, 1975, Bermúdez, 1997, 91).

Con motivo de la guerra independista y de la campaña libertadora liderada por Bolívar de 1816 a 1821 hasta cuando se marchó la última tropa española, el hospital estuvo cerrado, hasta que en 1825 el General Mariano Montilla, comandante de la Provincia, nombró al celebre médico francés y tratante de los últimos días del Libertador Alejandro Prospero Reverand médico de la guarnición militar de esta ciudad, miembro de la Junta de Sanidad y director del hospital San Juan de Dios en su apertura, ya para 1830 lo nombró Cirujano Mayor del Ejército.

Posteriormente el hospital se cierra nuevamente para 1856, cuando el provisor José Romero “*lo recibe en estricto inventario, con todo sus bienes incluidos, muebles, enseres, fondos existentes y cuanto más corresponda a*

---

<sup>48</sup> DE LA ROSA (1975). *La Floresta*. Op. Cit

*aquel establecimiento*<sup>49</sup> con motivo de entrar en vigencia la nueva constitución de 1857 que denomina a la nación como Estados Unidos de Colombia y la provincia de Santa Marta, empieza a hacer parte de lo que se denominó el Magdalena Grande o Estado Soberano del Magdalena.

Al entrar en Colombia un nuevo esquema de poder y gobierno, Monseñor García (1953 y Alarcón (1962) dicen que *“Por decreto del 31 de diciembre de 1867 el Presidente del Estado mandó a entregar el Hospital de Caridad al Obispo de la Diócesis y le asignó \$60 mensuales para sus gastos*<sup>50</sup>”. El prelado en el mismo día recibió el Hospital y expidió decreto que señalaba que a partir del 1º de Enero de 1868 se daba la apertura de la entidad, bajo la advocación de la orden de San Juan de Dios y San Vicente de Paúl, y la participación de varias señoras del voluntariado de la sociedad samaria; con la mención que ya comenzaba a vislumbrarse ya la participación económica del Estado en el sector salud, sin embargo, conservando aún el sentido caritativo de la actividad.

Posteriormente en octubre de 1870 mediante acto legislativo 115 de la Asamblea del Estado Soberano del Magdalena el Hospital pasa a manos de religiosas de la hermandad San Juan de Dios, destinando fondos estatales y especiales de \$720 anuales como auxilio de caridad para este Hospital, quedando estipulado que las hermanas o quien estas deleguen por la administración del mismo deberán reportar cada tres meses al poder ejecutivo del Magdalena las cuentas de recaudación e inversión de los fondos recibidos, nombrándose además para ello un inspector o contralor que residirá en él y tendrá una asignación mensual de \$24, el cual será nombrado por la Asamblea y quien a su vez deberá desempeñar las funciones de boticario del establecimiento<sup>51</sup>.

Al entrar en vigencia la nueva constitución de 1886, el Estado asume el control total del hospital y los recursos e inversiones ya no son tomados en caridad sino como un bien común, en el rol e intervención que tienen los Estados para el beneficio para la colectividad, de ahí que en 1890 el gobernador Goenaga sancionó la Ordenanza Nro. 16 de Agosto 5, en la que reconocía que el Hospital que existe en Santa Marta, es propiedad del Departamento y no del Cabildo de Santa Marta a cargo de los religiosos, pero ya de la hermanas de la orden de la Presentación de la Santísima

---

<sup>49</sup> **ALARCÓN, José C.** (1962) *Compendio de la Historia del Departamento del Magdalena, desde 1525 hasta 1895*. Imprenta Departamental de Barranquilla, Santa Marta

<sup>50</sup> **GARCÍA BENÍTEZ, Monseñor Luis** (1953) *Reseña Histórica de los Obispos que han Regentado la Diócesis de Santa Marta*. Primera parte, Volumen LXXXVI, Biblioteca de Historia Nacional. Bogotá; **ALARCÓN, José C.** (1962) *Compendio...* Op. Cit.

<sup>51</sup> Tomado textualmente de los artículos de la Ley 115 del 24 de Octubre de 1870, firmada por el presidente del Estado Soberano del Magdalena Luís Capella Toledo y el Secretario Miguel Zúñiga Freire, Archivo Histórico del Departamento del Magdalena AHDM. Cajas legislativas 1870.

Virgen; como se podrá ver a través de la historia este hospital fue construido con recursos reales, pero el gobernador de la época lo encomendó a los misioneros, labor que los religiosos supieron administrar, hasta el punto que a pesar de ser del Estado para el Estado, continuaron al frente del mismo hasta su desaparición total por parte de los Gobiernos Nacional (Ministerio de Salud) y departamental en mayo de 1992, después de entrar en funcionamiento el nuevo Hospital Central Julio Méndez Barreneche, entidad que próximamente se tratará dentro del contenido de este trabajo, máxime cuando hace parte del periodo estudiado..

En el sitio donde funcionó este hospital, se trabaja actualmente el Archivo Histórico Departamental del Magdalena, el Museo Antropológico y Etnográfico de la Universidad del Magdalena, el Instituto de Cultura del Magdalena, El Fondo Mixto de Promoción Turística y de Cultura y la Oficina de Pasaportes de la Gobernación del Magdalena, en un sitio catalogado como patrimonio nacional por parte del Ministerio de Cultura y fortificación histórica española por parte del Ministerio de Cultura y relaciones exteriores de España.

**El hospital de United Fruit Company:** La compañía bananera de corte multinacional y de origen americano, que dominó la explotación y exportación de la fruta durante muchos años en la zona bananera del Magdalena fue la United Fruit Company, la cual según Vives de Andrés (1981) en 1924 creó un hospital no sólo para atender los trabajadores de las plantaciones de banano y su parte administrativa, sino también para atender a las personas de servicio doméstico de los directivos de esta compañía que residían en Santa Marta, en virtud de que en Santa Marta se carecía de los más elementales servicios médicos, a pesar de existir en esos momentos el hospital San Juan de Dios, este no satisfacía las necesidades y exigencias de los norteamericanos, por que sus servicios prestados eran orientados a la caridad, de aquí que en esta época al Hospital se le denominará Hospital de Caridad San Juan de Dios de Santa Marta, el cual era sostenido en última instancia por la Beneficencia del Magdalena por intermedio de la Lotería del Libertador y un grupo de médicos voluntarios entre los que se encontraban Jacobo Torres Daza, Julio Méndez Barreneche, Sabas Socarrás Sánchez, José Silvestre Lacouture y Numas Martínez Adárraga<sup>52</sup>.

Como la historia evidencia que en 1924, la asistencia médica solamente se prestaba a los pobres de solemnidad y su dispensario era administrado por un grupo de hermanas de la caridad con los auspicios del médico Manuel

---

<sup>52</sup> **VIVES DE ANDREIS, José Benito** (1981). *Pepe Vives Cuenta Su Vida*. Editorial Mejoras Ltda. Santa Marta

Ignacio Guardiola<sup>53</sup>, de quien Bermúdez (1997) se refiere como un “*médico de nobles sentimientos, pero de tal humildad que preferían que le llamaran señor antes que doctor. Natural de Cartagena, estudio en la escuela de medicina local y en Santa Marta, donde murió rodeado de del aprecio de todos, dejó numerosa familia y muchos ahijados en todas las capas sociales. Ocupó cargos como Secretario de Educación, Médico de la United Fruit Company, pero no cobraba sus honorarios particulares*”; aliviaban el dolor de los necesitados, pues su radio de acción era muy reducido y el número de pacientes admitidos a él también era muy limitado, además que “*la voluntad filantrópica, tanto de las religiosas como la del médico, no eran suficientes para sostener las exigencias de la ciudadanía que reclamaba un mejor y más eficiente servicio*” (Vives de Andrés, 1981; Ramírez Tamayo, 2004, 73)

Debido a lo anterior la multinacional bananera optó por crear y dotar a la ciudad de un hospital que estuviera acorde con las exigencias aclamadas por su personal, el cual estaría ubicado a la orilla del mar y diagonal al extinto templo de Santo Domingo, sin embargo “*no le fue permitido tomar el lugar por lo que la compañía extranjera desocupó predios de propiedades del municipio que ocupaba el comisariato*” (Ramírez Tamayo, 2004, 73). Inicialmente el hospital funcionó allí pero más tarde se construyó a orillas del río Manzanares una edificación con maderas importadas directamente de los EE.UU., por parte de unos ingenieros de dicha nacionalidad, similar a la de las casas del Barrio Simón Bolívar en Barranquilla y El Prado en Santa Marta, para que residieran sus trabajadores y directivos, casas que precisamente también fueron construidas para la misma época y que después de más de 80 años aún se encuentran vigentes y bien conservadas.

Como se podrá evidenciar dentro del desarrollo empresarial del sector salud en Santa Marta, sólo en las postrimerías del último cuarto del siglo XX, es cuando la iniciativa privada entra a jugar un papel importante dentro del mismo, claro que está que por iniciativa de foráneos y no de empresarios de la región, que a pesar de ser los beneficiados directos por la bonanza del oro verde, como comúnmente se les denominó al banano, exclusivamente se limitaron a vivir de ello “*bananas Cheque*”, más no de generar crecimiento y desarrollo social, a partir de la creación de nuevas empresas.

Una vez terminado el hospital, este albergó un indeterminado número de enfermos, con la atención de la más moderna tecnología y especializaciones médicas, hechos que “*en definitiva vino a proporcionar grandes y notables ayudas a quienes requerían da asistencia clínica y médica*”<sup>54</sup>, puesto fuera de beneficiar a su empresa también atendía al personal de otras empresas

<sup>53</sup> RAMIREZ TAMAYO (2004) *La Historia...* Op Cit. Pp. 73

<sup>54</sup> VIVES DE ANDREIS (1981). *Pepe...* Op. Cit. ; RAMIREZ TAMAYO (2004) *La Historia...* Op Cit. Pp. 74

conexas, como era la del ferrocarril y la de puertos. Dentro de los médicos más notables de Santa Marta, que prestaron sus servicios a este hospital fuera del Doctor Guardiola se encuentran *“los doctores de Armas, Montalvo, Carlos Guido, Jorge Camacho, Leopoldo Delgado quien también era profesor de matemáticas y el Dr. Eduardo Urueta, quien merece especialísima atención por ser un gran clínico y una persona de una cultura exquisita, que por medio de sus investigaciones se publicó un trabajo importantísimo para la historia libertadora, como fue el estudio sobre la última enfermedad de Bolívar<sup>55</sup>”*.

Este hospital fue mermando su accionar una vez la empresa se retiró del país, después de lo protagonizado con la masacre bananera de Ciénaga en 1928 y al entrar la nueva razón social Compañía Frutera de Sevilla, sus nuevos directivos no le importó de mucho este establecimiento de sanidad y fue desapareciendo paulatinamente hasta su fin total con el enclave bananero de 1966.

**Hospital Infantil de Santa Marta:** De acuerdo a Vives de Andrés (1981) en su libro “Pepe Vives cuenta su vida”, informa que cuando él fue Gobernador del Departamento del Magdalena, para el año de 1939 gestionó unos recursos con la Presidencia de la República a cargo del Doctor Eduardo Santos, con el objeto de prestar unos servicios de atención en salud a la población infantil, que para la época era la más marginada, a través de la constitución de un Hospital para llevar a cabo consultas prenatales y de pediatría, de acuerdo a un programa que abanderaba para ese entonces a nivel nacional la primera dama de la Nación Lorencita Villegas de Santos, que consistía no sólo en atender clínicamente a los niños, sino también nutrirlos por medio de leche en polvo; el hospital se terminó de construir en 1941 y se denominó Hospital Infantil de Santa Marta, el cual fuera de suministrar medicamentos a los pacientes, también tenía la obligación de repartir la leche en polvo enviada por el Gobierno Nacional a los niños, circunstancia que hizo que por condiciones culturales y pictóricas de la región caribe colombiana a este centro asistencial jocosamente se le denominara *“la gota de leche”* muy popularmente conocida entre los samarios (Vives de Andrés, 1981; Ramírez Tamayo, 2004, 74).

Una vez terminado el periodo presidencial de Santos y la Gobernación de Vives, el Hospital Infantil no fue el mismo, las malas administraciones y la falta de gestión de sus dirigentes hizo que sus recursos fueran decayendo y por supuesto colateralmente su atención también; es por ello, que su manutención se volvió insostenible y más cuando este centro se había convertido en un foco de corrupción, el Gobierno Departamental a través de

---

<sup>55</sup> BERMUDEZ (1997) *Materiales...* Op. Cit. Pp. 108



la Administración de Salud decide convertirlo en el Instituto de Sanidad e Higiene del Magdalena o Dispensario del Magdalena, situación en la cual se mantuvo así hasta por espacio de casi 50 años, cuando a mediados de la década del noventa desaparece.

Es de anotar que este centro prestó los servicios a la comunidad en extensos campos de la salud, inclusive en la odontología, afirma Ramírez Tamayo (2004). Hoy en la misma edificación funciona la Corporación Autónoma de Regional del Magdalena (Corpamag).

**El Hospital del Tórax.** Al igual que el hospital infantil, este fue creado por el Gobernador de turno José Benito Vives de Andrés, en el año de 1939, inicialmente creado en un edificio que sólo tenía dos corredores grandes con capacidad de albergar hasta 30 pacientes entre hombres y mujeres. Vale la pena mencionar, que este centro fue creado por la necesidad que tenía el Gobierno Nacional de contrarrestar en Colombia las epidemias que se venían presentando de Tuberculosis y Lepra, enfermedades que a nivel local no había un centro donde poder atender a esos pacientes y más cuando su atención era muy lenta debido a los cuidados que se debían tener para evitar la proliferación de las mismas. Debido a que los pacientes tenían que esperar sus consultas al aire libre, en un área de campo donde estaban sembrados muchos árboles del fruto del mango, este hospital asume el nombre popular de "*Hospital de los Manguitos*".

Similares circunstancias acontecen al hospital del Tórax en cuanto al apoyo del Gobierno Nacional, ya que el presidente Santos y su esposa doña Lorencita Villegas como presidenta de la Liga Antituberculosa Colombiana, apoyan dicha iniciativa de constitución de un hospital antituberculoso en Santa Marta, fuera de la creación a nivel local de comités de apoyo como el comité voluntario femenino antituberculoso de la Cruz Roja Colombiana, dependiente de la Liga y del Departamento Nacional de Higiene<sup>56</sup>.

Cuenta la historia que eran tantos los contagiados por tuberculosis que las camas existentes no daban abasto para atender el conglomerado de enfermos, quienes optaban por esperar su turno debajo de los árboles de mango, como si fuera una sala de espera, es más llegaban incluso a dormir en los corredores del mismo. Ramírez Tamayo (2004) ilustra que muchos de ellos al saber que padecían de tuberculosis y no podían ser atendidos optaban por suicidarse arrojándose al tren que pasaba cerca al lugar con cierta regularidad, a los cuales el Gobierno una vez fallecidos les daba un auxilio funerario a sus familiares para cubrir los gastos mortuorios, la cual

---

<sup>56</sup> VIVES DE ANDREIS (1981). *Pepe...* Op Cit.

estaba a cargo de la Funeraria Moderna, ya que esta poseía convenio con el “Hospital de los Manguitos” para enterrar sus enfermos.

Debido al clima y al hacinamiento que se desató en 1947 por la epidemia de Tuberculosis, a los pacientes les tocó que dormir en el piso de los pasillos del hospital, circunstancia que justificó la ampliación y mejoramiento del establecimiento, además porque los profesionales de la salud que atendían a los enfermos y la comunidad en general ya habían realizado protestas por esta situación. El gobierno en vista de lo anterior, autorizó la construcción de dos pabellones más y la dotación de más camas, pero con la negativa que ningún médico de la región quería prestar sus servicios por temor a contagiarse debido a la propagación incesante de la enfermedad, ya que existía el convencimiento general de que con la sola exposición del paciente permitía la adquisición de la Tuberculosis a quien se les acercara.

Ramírez Tamayo (2004) afirma que cuando estaba en sus investigaciones para la publicación de su libro “Historia de la Medicina en Santa Marta”, los médicos que decidieron trabajar después de la ampliación del hospital lo hicieron pero sólo después que le aumentaran el 5% de su sueldo y les dieran dos vacaciones al año. A su vez que este establecimiento fue creciendo de manera lenta pero gracias siempre a los aportes económicos que cada año enviaba el Nivel Central.

Como la medicina fue avanzando y el tratamiento de las enfermedades mejorando, para los años sesenta la TBC empezó a cesar y la hospitalización de estos pacientes llegó a su mínima expresión, ya que de acuerdo a la evolución del paciente la mayor parte del tratamiento se convirtió en ambulatoria bajo estricta vigilancia epidemiológica, la cual debía durar entre un año y 18 meses.

A medida que la TBC fue disminuyendo en Colombia, los recursos fueron disminuyendo hasta el punto que hoy día a los enfermos sólo los están tratando en una sección de las entidades de salud, destinando las demás secciones a la atención de otras enfermedades. El Hospital del Tórax como tal para la atención de pacientes de TBC, y tal vez por la entrada en vigencia de la Ley 100/93 dejó de funcionar mediante decreto ordenanza 890 del 18 de Noviembre de 1993<sup>57</sup>, dando origen a lo que hoy se conoce como Centro de Rehabilitación Fernando Troconis<sup>58</sup>, entidad que se trabajará más adelante por ser del periodo objeto de estudio..

---

<sup>57</sup> RAMIREZ TAMAYO (2004). *La Historia...* Op. Cit. Pp. 77

<sup>58</sup> El nombre del establecimiento de Fernando Troconis hace alusión a un homenaje que quisieron hacerles las autoridades locales a aquel celebre médico nortesantandereano que llevó este nombre, especialista en Tisiología graduado de la Universidad de Paris y que durante muchos años combatió con la Tuberculosis en Colombia, especialmente en los primeros cinco años de la década del 30, desde la cátedra de Tuberculosis en la Universidad Nacional de Colombia, como y como Director de la

## Las empresas de salud en Santa Marta desde 1950 a 1990

### **Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Fernando Troconis**

Como se dijo en el párrafo anterior, antes de la desaparición del Hospital del Tórax, como entidad exclusiva del tratamiento de la Tuberculosis, esta se dedicó una vez se redujeron los índices de la TBC a contrarrestar los efectos causados por otras enfermedades como era el caso de los pacientes de Lepra; en 1985 se crearon los programas de hospitalización psiquiátrica, de ahí que también se le haya denominado *Hospital Mental*, en 1986 entra en funcionamiento el programa de Salud Mental, Fármaco dependencia y Alcoholismo y en 1988 a regir el tratamiento de pacientes con VIH, no obstante, a pesar de que desaparecieron los sanatorio para tuberculosis, aún el centro manejaba para ésta época más de 180 hospitalizaciones, teniendo en cuenta que al entrar en vigencia el nuevo protocolo de salud para el tratamiento de esta enfermedad basado en Madrax, el tiempo de tratamiento se reduce sólo a cinco a seis meses, ya que se estandarizaron los tratamientos ambulatorios, pero por cultura de los pacientes estos no se ingerían como recetaban los médicos sino que por el contrario al sentirse curados vendían el tratamiento haciendo que esta se prolongara de ocho a nueves meses<sup>59</sup>.

Vale anotar que otro de los servicios por el cual el centro obtenía una buena fuente de ingresos y daba para auto sostenerse, era la prestación de servicios de imagenología y de diagnósticos de rayos X.

### **Clínica Santa Marta del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales:**

Con motivo que en Santa Marta, sólo existían dos entidades de salud y eran de responsabilidad del gobierno regional, la Nación en un programa de expansión hospitalaria, dentro de la política de seguridad social en salud en la intervención del Estado y así poder tener presencia en todo el territorio nacional y en parte cumplir con uno de los propósitos fundamentales de mejorar el nivel de los ciudadanos y de generar bienestar, en septiembre de 1961 inicia labores la Clínica Santa Marta, de propiedad del ISS, ubicada donde aún hoy funciona, Carrera 5ª o avenida Campo Serrano entre calles 26 y 28.

---

Sección de Lucha Contra la Tuberculosis, en compañía de los médicos Ricardo Vargas Iriarte y Simón Medina.

<sup>59</sup> RAMIREZ TAMAYO (2004). *La Historia...* Op. Cit. Pp. 77

Entidad que tuvo la fortuna de contar con los primeros médicos especialistas que fueron llegando a la ciudad, los cuales eran nativos y estaban regresando a su tierra después de haberse ido por muchos años a educarse en distintas partes del mundo, entre los que se podrían citar a los pediatras Abraham Correa Jacquin, Bichara Zableth y Antonio Castillo Bolívar, el Radiólogo Raúl Bruges Amaya, los cirujanos, ginecobtetas e internistas como Julio Martínez Adárraga, Aristides García Torres, Enrique Martínez Robles y Hugo Mier Benítez. Entidad que a pesar de las difíciles crisis que ha atravesado la institución, existe todavía con los más rimbombantes servicios especializados al cuidado de la salud, con la diferencia que hoy se denomina es Clínica José María Campo Serrano.

**Centro Médico La Sagrada Familia:** Después tanto embates que tuvo la salud por espacio de 450 años después de fundada, sólo hasta 1976 se crea la primera empresa de salud con iniciativa privada de origen mixto, aunque no samario, ya que uno de los socios es magdalenense (Corregimiento de San Fernando-Santa Ana) y la otras es de nacionalidad Argentina, la cual fue fundada por los esposos Ruiz Frutos, conformada por el Doctor Dionisio Ruiz, médico especialista en medicina familiar egresado de una Universidad de Argentina y la enfermera transfusionista Nélida Frutos y que denominaron Centro Médico La Sagrada Familia, ubicado en una esquina del mercado público de la ciudad, carrera 7ª con calle 10<sup>60</sup>.

Esta iniciativa nace de una excelente oportunidad que los esposos vieron en Santa Marta, de que la población más necesitada no tenía como acceder a los servicios de salud, para lo cual cada paciente pagaba la módica suma de \$5.00 por consulta, pero si no tenía dinero también era gratuitamente atendido, ya que conjuntamente con la diócesis de Santa Marta, esta familia fundó una organización para atender a la población vulnerable y de pocos recursos denominado Consultorio Caritas Diocesanas, en la cual se gestionaron la formación de grupos comunitarios de acción social y de comités de salud<sup>61</sup>.

El centro médico al transcurrir el tiempo amplió sus servicios a la comunidad samaria y hoy ya cuenta no sólo con servicios de medicina familiar y comunitaria sino con servicios, que según Ramírez Tamayo (2004) de consulta médica general, pediatría, ginecología, fisioterapia, psicología, traumatología, nutrición y dietética, dermatología, oftalmología,

---

<sup>60</sup> HINESTROZA LLANOS, Alberto y MANRIQUE CASTRO, Leonor (2001) *Santa Marta. Ciudadanos Beneméritos. 1525-2001. 476 años de su fundación*. Magazin Turístico y de Medio Ambiente. Universidad del Meta y Universidad Simón Bolívar. Santa Marta

<sup>61</sup> *Ibíd.*

fonoaudiología, tiene además servicios de rayos X, laboratorio clínico especializado, ecografías y farmacia con todo tipo de medicamento.

Es de anotar que muchos de los servicios prestados por esta entidad como centro de Salud, mencionados en los renglones inmediatamente anteriores en su mayoría son prestados por la Clínica Capri, la cual también fue fundada por los esposos Ruiz Frutos, que se encuentra contigua al establecimiento.

No hay que desconocer que el despeje de las actividades empresariales y del progreso familiar en un alto porcentaje por la acción social que se desarrolla se debe más al centro la Sagrada Familia que a la misma clínica.

**Clínica de la Salud:** Otro aporte importante al desarrollo empresarial del sector salud de Santa Marta, lo dio la Clínica de la Salud, ya que desde ella se impulsaron muchas asociaciones de profesionales de la Salud, sus socios en su mayoría fueron los encargados de agremiar a los galenos de Santa Marta por especialización y consolidar la profesión médica.

Esta Clínica nace en 1980 de la iniciativa de un grupo de ginecólogos que viendo la necesidad de prestar varios servicios obstétricos carentes en la ciudad se decidieron a comprar equipos que no había en la región, como es que se emplea en el método ultrasenográfico para ver el estado del embarazo. Esta se encontraba localizada en la calle 22 con carrera 2, atendida en primera instancia por el Dr. Regulo Ramos Gómez.

En virtud que la gama de servicios médicos se abría y las fronteras jurídicas para la creación de empresas de este tipo se acortaban, muchos de los socios se independizaron, naciendo de ahí las principales clínicas y centros que rigen los destinos de la ciudad en materia de salud, caso Clínica del Prado, Clínica La Milagrosa, Clínica Mar Caribe y Clínica de la Mujer, de las cuales nos ocuparemos más adelante.

## 5.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### Antecedentes del estudio

Sobre este aspecto es bueno mencionar que las investigaciones de este tipo en la Costa Caribe Colombiana son demasiado nueva, a pesar que la tendencia de desarrollo empresarial e historia económica ya lleva sus años. Sobre este aspecto, los trabajos de Jorge Conde, Sergio Solano, Adriana Santos y Luís Alarcón Meneses<sup>62</sup> merecen atención especial, igualmente los del grupo de investigación en historia económica regional del Banco de la República sede Cartagena, se han destacado inclusive a nivel internacional, al cual hacen parte connotados y/o reconocidos investigadores costeños caso Adolfo Meisel Roca, Joaquín Vilorio De la Hoz, María Aguilera Díaz, Jaime Bonnet, etc., así mismo algunos historiadores independientes como Eduardo Posada Carbó, Rodolfo Segovia Salas y Aroldo Calvo Stevenson y Adelaida Sourdis Najera en representación de la Universidad Jorge Tadeo Solano y Universidad de Cartagena, claro está que su fuente de investigación primaria y sacrificio se centran en un gran porcentaje a lo que anteriormente se conocía con el nombre de Estado Soberano de Bolívar, es decir los departamentos de Bolívar, Atlántico, Sucre y Córdoba.

Ya para los departamentos del Magdalena, Guajira y César, los trabajos sobre el tema son escasos, con algunas excepciones en las investigaciones regionales del Banco de la República sede Cartagena y de la Universidad Popular del Cesar, con los trabajos de Hugetts Sánchez. En pocas palabras las investigaciones históricas de corte empresarial en esta región aun se encuentran acéfalas y existe mucha tela por cortar. Vale la pena mencionar que sobre el tema del desarrollo empresarial, actualmente la Universidad del Norte, viene adelantando un proyecto multidisciplinario para determinar el desarrollo empresarial de la ciudad de Barranquilla, a cargo de docentes investigadores con diferentes profesiones que cuentan con doctorados y maestrías especialmente en historia y creación de empresas vinculados a las divisiones de humanidades y ciencias administrativas denominado “Desarrollo Empresarial de Barranquilla 1950 – 2000”, entre los que se encuentran los profesores Antonino Vidal, Liyis Gómez, Dagoberto Páramo Morales, entre otros.

Por su parte el Director de este trabajo investigativo, Jorge E. Elías Caro también viene adelantando una investigación sobre el tema, financiada por el Concejo Nacional de Investigaciones (CONADI) de la Universidad

---

<sup>62</sup> Estos tres investigadores de historia económica de corte empresarial, pertenecen a la Universidad del Atlántico y sus artículos son publicados a nivel nacional, especialmente en revistas especializadas sobre el temas como son: Historia Caribe, Huellas, Aguaita, entre otras.

Cooperativa de Colombia sede Santa Marta, denominada “Desarrollo Empresarial del Departamento del Magdalena 1970 – 2005), motivo por el cual ésta investigación servirá de insumo primario para el cumplimiento cabal de los objetivos propuestos en la misma. De otro lado y mirando el desarrollo empresarial, pero a partir de la teoría de la Gestión o Gerencial y del comportamiento del empresario, nuestro director previendo los avances de su investigación y en provecho de esta tesis de grado, inscribió en la Universidad del Magdalena un trabajo de grado para optar el título de Administrador de Empresas, el cual vienen adelantando los estudiantes Boris Barbosa y Yesid Cuello titulada “La Aplicación de las Teorías de la Administración en las empresas del Sector Salud en el Distrito de Santa Marta”.

De ahí que abordar el estudio del desarrollo empresarial en el Departamento del Magdalena y en especial en la capital, el Distrito Turístico, Histórico y Cultural de Santa Marta, teniendo en cuenta el perfil del empresario en su capacidad de emprendimiento y los factores que han permitido su surgimiento, evolución y desaparición implica analizar y darle una ojeada a aspectos históricos y teóricos relacionados, de una u otra forma, con el espíritu empresarial, el desarrollo socioeconómico y el emprendimiento. Estos factores están ligados al desarrollo de regiones y comunidades específicas, pues al hablar de espíritu emprendedor significa, según Marcos Palacio (1999), analizar características tales como: el olfato de negocio, ver como se siente la necesidad de llevar a cabo el negocio, la capacidad de riesgos, la experiencia técnica, la tenacidad y perseverancia, la “capacidad de escoger los socios” y las habilidades para establecer prioridades. Al mismo tiempo, es necesario tener un enfoque teórico, bien sea como dijo Veciana (1999), desde la teoría económica institucional, desde el marxismo, desde lo psicológico y lo sociocultural<sup>63</sup>, porque como dice Dávila (1986) hay que tener en cuenta la naturaleza de la actividad para fijar una aproximación teórica y unos fundamentos epistemológicos<sup>64</sup>.

---

<sup>63</sup> **VECIANA VERGES, José María** (1988). *Empresario y proceso de creación de empresas*. Revista Económica de Catalunya, 8, mayo-agosto y **VECIANA VERGES, José María** (1999). *Creación de empresas como programa de investigación científica*. Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa, Universidad Autónoma de Barcelona 8(3), 11.

<sup>64</sup> **DÁVILA LADRON DE GUEVARA, Carlos** (2002). *Empresas y empresarios en la historia de Colombia. Siglos XIX – XX*. Una colección de estudios recientes. Ediciones Uniandes, Bogotá D.C y **DÁVILA LADRON DE GUEVARA, Carlos** (1986). *El empresariado colombiano: una perspectiva histórica*, Pontificia Universidad Javeriana, FEI, Bogotá D.C.

## Marco Teórico

Al revisar la historia del empresario colombiano, específicamente la de Antioquia, lugar donde más se han desarrollado investigaciones de este corte, se encuentra que este análisis es visto fundamentalmente desde tres teorías: el despojo del estatus, la de la voluntad y el estudio histórico. La del status, desarrollado por Everett Hagen (1963) trata de explicar como una sociedad tradicional ingresa en el progreso técnico y en el incremento continuo de los ingresos per cápita<sup>65</sup>. La teoría de la voluntad impulsada por William McGreevey (1975) y Tirado Mejía (1979) es considerada o llamada corriente psicológica, porque destaca la motivación y deseo de los individuos; según estos autores los antioqueños tienen una especie de voluntad de hacer el desarrollo, aislando las empresas y empresarios del contexto<sup>66</sup>. Similar postura sobre este aspecto lo trata Manuel Rodríguez (1993) en el empresariado industrial del Viejo Caldas<sup>67</sup> y Sojo (1970) en “el Comercio en la Historia de Colombia”<sup>68</sup>. La histórica es impulsada por Frank Safford (1965), Roger Brew (1979), Cruz Santos (1979), E. Sáenz (1992), E. Santa (1994) e intenta comprender la consolidación del empresario y su transcurrir histórico, buscando explicaciones a un conjunto de eventos marginales<sup>69</sup>.

En este contexto vale la pena preguntarse ¿donde ubicar el empresario de la salud samario?, ¿históricamente se dice que la sociedad magdalenense es una sociedad tradicional, será entonces que es posible analizar al empresario de la salud samario desde el enfoque del estatus social?, si fuera así como explicar la ausencia de avances técnicos en la sociedad samaria, ¿será que no hay posibilidades de enfrentar el análisis desde el punto de vista voluntario o psicológico?. En forma apriorística se puede decir que las empresas del sector salud son creaciones de inversionistas “extranjeros”, ya sea nacional o de otros países. Para el histórico se cree que no es aplicable

<sup>65</sup> HAGEN, Everett. (1963). *El cambio social en Colombia. El factor humano en el desarrollo*. Tercer Mundo Editores. Bogotá. D.C.

<sup>66</sup> MCGREEVEY, William (1975). *Historia Económica de Colombia*, 1845-1930. Tercer Mundo Editores. Bogotá D.C.; TIRADO MEJÍA, Alvaro (1979). *Introducción a la Historia Económica de Colombia*. Novena Edición. Editorial La Carreta y Editorial Lealon. Medellín Pp. 1-380.

<sup>67</sup> RODRÍGUEZ, M (1993). *El empresariado industrial del viejo Caldas*. Uniandes. Bogotá. D.C

<sup>68</sup> SOJO, José Raimundo (1970). *El Comercio en la Historia de Colombia*. Editado por la Cámara de Comercio de Bogotá y Editorial Presencia Ltda. Bogotá. D.E. Este trabajo fue realizado por el autor con motivo de los 25 años de creación de la Federación Nacional de Comerciantes FENALCO.

<sup>69</sup> SÁFFORD, Frank (1965). *Commerce and enterprise in Central Colombia 1821-1870*. PhD. Dissertation. Columbia University, SÁFFORD, Frank (1965). *La significación de los antioqueños en el desarrollo colombiano*. Anuario Colombiano de Historia Social y Cultural. Nro. 2 Bogotá SAÉNZ, E. (1992). *La ofensiva empresarial. Industriales, políticos y violencia en los años 40 en Colombia*. Tercer Mundo Editores.-Uniandes. Bogotá D.C. SANTA, E. (1994). *La colonización antioqueña. Una empresa de caminos*. Tercer Mundo Editores. Bogotá D.C BREW, Roger (1977) *el desarrollo Económico de Antioquia desde la independencia hasta 1920*. Publicaciones del Banco de la República. Archivo de la Economía Nacional. Bogotá; CRUZ SANTOS, Abel (1979) *Antioquia y su desarrollo económico*. Boletín Cultural y Bibliográfico. Banco de la República. Biblioteca Luís Ángel Arango. Volumen XVI, Número 4. Abril. Bogotá. Pp. 110-117.



para nuestra sociedad, porque no hay consolidaciones de trabajo sobre el empresariado de la región.

Si lo vemos desde la teoría de la organización el objetivo principal sería explicar el comportamiento, surgimiento, desarrollo y desaparición de las organizaciones del sector salud, fundamentalmente en la interacción social. Esta corriente al tiempo tiene una fuerte influencia sociológica y de la sicología industrial, según Hannan y Freeman (1977) tiene dos vertientes: una que explica el funcionamiento de la empresa a partir de su estructura, tamaño y entorno, es decir a partir de factores de contingencia, de ahí su nombre; la otra la ecológica que explica la evolución de las organizaciones a partir de su entorno, se basa en la diferenciación de las distintas formas de vida. La diferencia entre las dos está en que el enfoque de contingencia explica porqué determinados tipos de organización sobreviven y otros mueren y la ecológica explica porque las organizaciones se adaptan o se eliminan<sup>70</sup>.

En nuestro caso los dos enfoques son validos, porque al revisar los datos que suministra la Cámara de Comercio de Santa Marta aparecen más de 13.000 empresas<sup>71</sup> registradas, lo que amerita un análisis desde el punto de vista ecológico y de contingencia.

Abordar el estudio desde la teoría institucional y del crecimiento económico a partir de lo que Samuels (1988) y Rodríguez O. (2001) llaman estructura de poder<sup>72</sup> y Rutherford (2000) denomina control social que no es más que explicar el crecimiento económico a partir de la creación de nuevas empresas, generación de empleo, funcionamiento y evolución de las instituciones<sup>73</sup>.

No está demás aclarar que en estos momentos la teoría de la economía institucional tiene dos vertientes. Una vertiente que es la original o institucionalista de la primera generación, donde encontramos autores como:

---

<sup>70</sup> **HANNAN, M. y FREEMAN, J.** (1977). *The population ecology of organizations*. American Journal of Sociology, 82, 929-964.

<sup>71</sup> Según Arthur Andersen Empresa es definida como una “*unidad económica de producción y decisión, que mediante la organización y coordinación de una serie de factores (capital y trabajo), persigue obtener un beneficio produciendo y comercializando productos o prestando servicios en el mercado*” en Diccionario de Economía y Negocios de Espasa.

<sup>72</sup> **SAMUELS, W.** (1988). *Institutional Economics*. Vol. I. Edward Elgar, England. y **SAMUELS, W.** (2000). *Institutional economics after one century*. Journal of Economic Issues, 34(2), 305-315 y **RODRÍGUEZ, O.** (2001). *Economía institucional, corriente principal y heterodoxia*. Revista de Economía Institucional, 4, Primer Trimestre.

<sup>73</sup> **RUTHERFORD, Malcolm.** (2000a). *Institutionalism Between the Wars*. Journal of Economic Issues, 34(2), 291-303 y **RUTHERFORD, Malcom.** (2000b). *Understanding Institutional Economics: 1918-1929*. Journal of the History of Economic Thought, 22(3), 277-308.

Samuels<sup>74</sup>, Rutherford<sup>75</sup>, Kalmanovits<sup>76</sup>, Parada<sup>77</sup> y que según Samuels, se puede percibir de tres formas: En contra de la teoría neoclásica, la segunda sigue la trayectoria pragmática de los norteamericanos concentrándose en la economía industrial y la tercera que es un cuerpo de conocimiento, interesada en las soluciones técnicas<sup>78</sup>.

La segunda vertiente es conocida como la nueva economía institucional, la cual tiene defensores como Ronald Coase<sup>79</sup> y para la que según Douglas North (1993), Smallbone, D. y Kalantaridis, C. (1999), las instituciones son las empresas y la estructura de los incentivos, es determinante. Los mercados, las regulaciones, las costumbres y las instituciones son el resultado de la búsqueda de la eficiencia<sup>80</sup>.

Desde el punto de vista de Veciana (1999) la creación de empresas se debe inscribir en la teoría del empresario y la función empresarial, porque el fenómeno del empresario y la creación de empresas exigen explicar las razones y circunstancias que caracterizan la gestación y desarrollo de una empresa, bien sea a partir de un enfoque económico, psicológico, institucional y sociocultural<sup>81</sup>.

De ahí que la investigación está centrada en los enfoques psicológico y sociocultural. En el enfoque psicológico porque se tendrá en cuenta la teoría de los rasgos de la personalidad y la teoría del empresario de Kirzner<sup>82</sup>. En el enfoque sociocultural o institucional se tendrá presente la teoría de la marginación, del cambio social y la ecología de las poblaciones, porque el enfoque psicológico a nivel micro según Hannan, M. y Freeman, J. (1977) se centra en determinar los rasgos que diferencian a los empresarios de los no empresarios, y entre los empresarios cuales son los atributos que marcan la diferencia entre el éxito y el fracaso en la función empresarial.

<sup>74</sup> **SAMUELS, W.** (2000) *Institutional economics after one century*. Op. cit.

<sup>75</sup> **RUTHERFORD, Malcom.** (2000). *Understanding Institutional Economics: 1918-1929*. Op. Cit.

<sup>76</sup> **KALMANOVITZ, Salomón.** (2001) *Las Instituciones y el Desarrollo Económico en Colombia*, Grupo Editorial Norma, Bogotá D.C.

<sup>77</sup> **PARADA, Jairo.** (2003). *Economía institucional original y nueva economía institucional: semejanzas y diferencias*. Revista de Economía Institucional, Vol. 5 (8), 92-116.

<sup>78</sup> **SAMUELS, W.** (2000) *Institutional economics after one century*. Op. cit.

<sup>79</sup> Ronald Coase defiende dentro de la teoría de la economía institucional los derechos de la propiedad y en cuanto a desarrollo económico a partir de la creación de empresas plantea específicamente sobre los problemas de oportunismos en la asignación de recursos.

<sup>80</sup> **NORTH, Douglas** (1993). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*, Fondo de Cultura Económica. México D.C. Pág. 3 y **SMALLBONE, D; NORTH, D. y KALANTARIDIS, C.** (1999). *Adapting to Peripherality: A Study of Small Rural Manufacturing Firms. In: Northern England. Entrepreneurship & regional Development*. Taylor & Francis Ltd, UK.Vol.1; p. 109-127.

<sup>81</sup> **VECIANA, J.** (1999). *Creación de empresas como programa de investigación científica*. Op. Cit. Pág. 11.

<sup>82</sup> **KIRZNER, I.** (1973). *Competition and entrepreneurship*. Chicago: University Press. y Versión castellana: (1975). Competencia y función empresarial. Madrid: Unión Editorial

Y más cuando el desarrollo social y el desarrollo económico deben ser entendidos como ejes de un mismo proceso y concebirse de manera integral y coherente. En ese sentido, la preocupación por alcanzar mayores niveles de equidad social y potenciación de las capacidades humanas es compatible con la búsqueda de un mayor desarrollo económico y viceversa<sup>83</sup>

En últimas se trata de determinar empíricamente el perfil psicológico del empresario de éxito. En el nivel macro se destaca la teoría del Empresario de Kirzner (1975) en la que el empresario es la persona que ha detectado la oportunidad del negocio que los demás no han visto (Veciana, 1999, 20), por tanto da gran importancia a la perspicacia del empresario para detectar los desequilibrios del mercado que originan las oportunidades<sup>84</sup>. Basado en ese rasgo del empresario es que Veciana clasifica la teoría de Kirzner en el enfoque psicológico y no en el económico<sup>85</sup>.

El enfoque sociocultural o institucional tiene un supuesto central basado en el entorno como condicionante primordial para ser empresario y crear empresa. A nivel micro se tiene la teoría de la marginación en la que la creación de empresa es un evento producido por la situación difícil de una persona, “suceso disparador” como definen Shapero y Sokol (1982), que no tiene otra alternativa que ser empresario, por tanto no es un acto racional y deliberado<sup>86</sup>, hecho también reafirmado por Kent C., Sexton D. y Vesper K. También se encuentra la teoría del Rol que explica primordialmente porque en regiones con ciertas condiciones determinadas se favorece el desarrollo empresarial más que en otras, un ejemplo claro en Colombia sería la región antioqueña<sup>87</sup>. Finalmente a éste mismo nivel de análisis, se encuentra la teoría de redes en la cual se explica que el desarrollo empresarial se da en

<sup>83</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA. Presidencia de la República. (2004). Capítulo VI “Siete herramientas de equidad social” Informe oficina de derechos humanos. <http://www.derechoshumanos.gov.co/descargas/informe2004/capitulo6.pdf>

<sup>84</sup> KIZNER, I. (1973) *Competition* ... Op. Cit.

<sup>85</sup> VECIANA, J. (1999). *Creación de empresas como programa de investigación científica*. Op. Cit. Pág. 20.

<sup>86</sup> SHAPERO, A. y SOKOL, L. (1982). *The social dimensions of entrepreneurship*. Encyclopedia of entrepreneurship. p. 72-90.

<sup>87</sup> Sobre este aspecto han escrito SÁFFORD, Frank (1965). *La significación de los antioqueños en el desarrollo colombiano*. Anuario Colombiano de Historia Social y Cultural. Nro. 2 Bogotá; SÁFFORD, Frank. (1965). *Commerce and enterprise in Central Colombia 1821-1870*. PhD. Dissertation. Columbia University.; BREW, Roger (1977) *el desarrollo Económico de Antioquia desde la independencia hasta 1920*. Publicaciones del Banco de la República. Archivo de la Economía Nacional. Bogotá. SAÉNZ, E. (1992). La ofensiva empresarial. Industriales, políticos y violencia en los años 40 en Colombia. Tercer Mundo Editores.-Uniandes. Bogotá D.C.; RODRÍGUEZ, M (1993). El empresariado industrial del viejo Caldas. Uniandes. Bogotá. D.C; SANTA, E. (1994). La colonización antioqueña. Una empresa de caminos. Tercer Mundo Editores. Bogotá D.C, y otros connotados escritores nacionales como ABEL CRUZ SANTOS (1979) en Antioquia y su desarrollo económico. Boletín Cultural y Bibliográfico. Banco de la República. Biblioteca Luis Angel Arango. Volumen XVI, Número 4. Abril. Bogotá. Pp. 110-117.

una red de relaciones sociales con proveedores, clientes, bancos, etc. que se basa en la cooperación y la confianza.

En lo que atañe a emprendimiento, palabra que proviene del francés “entrepreneurship” que significa pionero, existen dos concepciones: una defendida por Schumpeter (1938) y otra defendida por Ludwin Von Mises (1986) conocida como la concepción de la escuela austriaca, las cuales coinciden en señalar que es necesario analizar un patrón de emprendimiento que permita sentar las bases de nuevas formas de pensamiento que favorezcan el crecimiento empresarial<sup>88</sup>; la diferencia está en que la escuela de Schumpeter se basa en los emprendedores que generen el cambio de una situación existente a otra, mientras que la austriaca considera que el cambio se da dentro de una situación existente, reduciendo el nivel de incertidumbre y promoviendo el proceso de mercado, de esta forma el emprendimiento como dice Peter Drucker “se fortalece con la enseñanza de los conceptos básicos de gestión”, concepto que fue ampliado en la universidad de Harvard por Howard Stevenson. A nivel nacional esta teoría la viene trabajando desde hace algunos años Rodrigo Varela, con el ICESI de la ciudad de Cali<sup>89</sup>.

Ya que el crecimiento y desarrollo como se ha venido insistiendo está ligado a la creación de empresas y por supuesto a la generación de nuevos puestos de trabajos que permitan reducir las tasas de desempleo y con ello para Colombia “*el nuevo impulso de la economía se ha visto reflejado en el mejoramiento de los principales indicadores sociales, entre los más importantes el crecimiento del PIB de 3,87% en 2003, la cifra más alta de los últimos siete años, y de 2.46% en el tercer trimestre de 2004 comparado con el mismo periodo de 2003. Adicionalmente la tasa de desempleo a diciembre de 2004 fue de 12.1% y la tasa promedio anual de este mismo año es la más baja de los últimos seis años, con un 13.6%. Entre agosto de 2002 y diciembre de 2004 se generaron 1.339.000 empleos. En cuanto a la tasa de subempleo, fue de 31.6% en promedio, inferior en 0.3 puntos del año inmediatamente anterior, en 2.8 a la de 2002 (34.4%) e igual a la de 2001*”<sup>90</sup> (Ver gráfico 1).

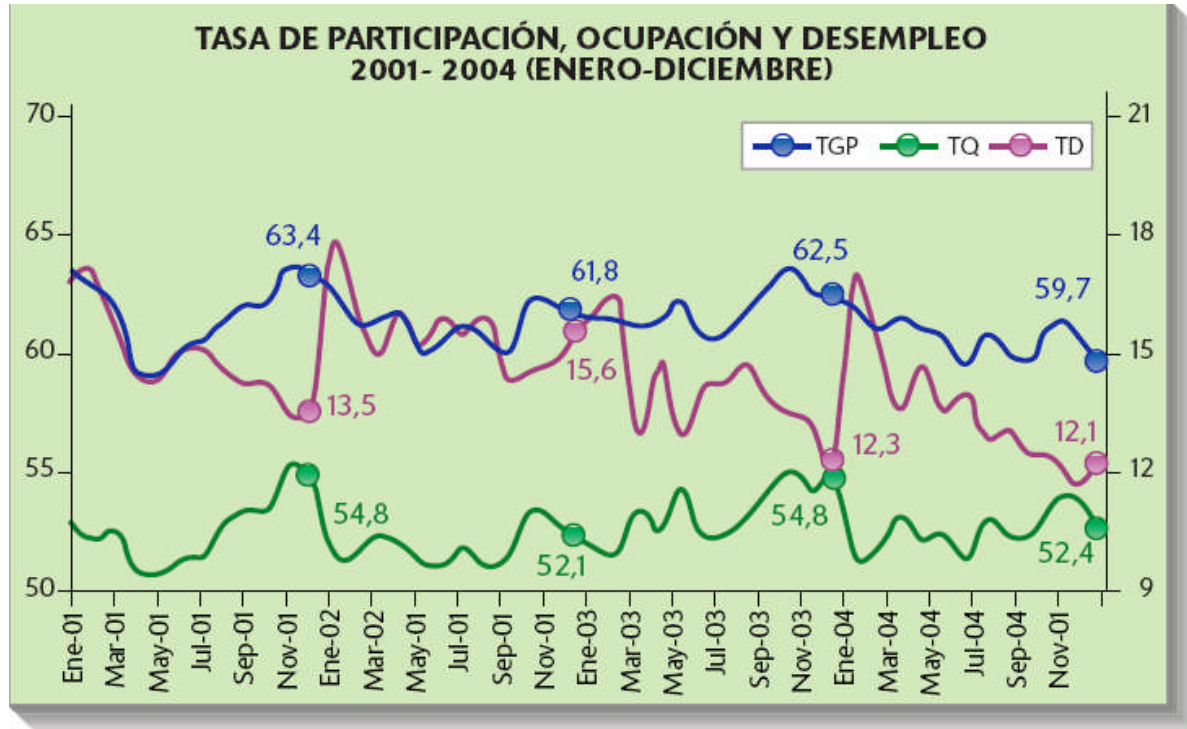
---

<sup>88</sup> **SCHUMPETER, S.** (1934). *Theory of economic development*. Cambridge, MA: Harvard University Press. O *Teoría del Desarrollo Económico* (1911). México. Fondo de Cultura Económica; **MISES, Ludwig Von** (1986) *La acción Humana. Tratado de economía*. (4ª. Edición). Unión Editorial. Madrid.

<sup>89</sup> **VARELA, Rodrigo** (2001), *Innovación empresarial: arte y ciencia de la creación de empresa*. Editorial Prentice Hall. Bogotá D.C. Pp. 83-116.

<sup>90</sup> **REPUBLICA DE COLOMBIA. Presidencia de la República.** (2004). Capítulo VI “Siete herramientas de equidad social” Informe oficina de derechos humanos. <http://www.derechoshumanos.gov.co/descargas/informe2004/capitulo6.pdf>

Gráfico 1.



Fuente: Dane.

En éste trabajo se intentará manejar las dos corrientes, sin olvidar que según Shane y Venkataraman (2000) el emprendimiento supone relacionar dos fenómenos: la oportunidad lucrativa y la presencia de una actividad empresarial, (Shane, 1995, 2000; Kolvereid, L. 1995; Venkataraman, S, 1997, 2000; Kast, J. y Brockhaus, J., 1998) razonamientos que nos lleva a plantear tres interrogantes<sup>91</sup>.

1. ¿Porqué, cuando y como se generan las oportunidades para crear empresas?
2. ¿Porqué, cuando y como las descubren, explotan unas personas y otras no?
3. ¿Porqué, cuando y como se utilizan los diferentes medios de acción para explotar las oportunidades?.

De esta forma se entiende que la naturaleza del emprendimiento reside en la identificación y explotación de oportunidades no aprovechadas previamente, supone crear nuevos recursos o combinar los existentes de manera

<sup>91</sup> SHANE, S. y VENKATARAMAN, S. (2000). *The promise entrepreneurship as a field of research*. Academy of management Review. Vol. 25:1, Pp. 217-226; VENKATARAMAN, S. (1997) *The Distinctive Domain of Entrepreneurship Research*. En *Advances in Entrepreneurship, Firm Emergence and Growth*, KAST, J.; BROCKHAUS, J. (eds) (1998). Greenwich. JAI Press.

novedosa, entrar a nuevos mercados y servir a nuevos clientes. Situación que nos lleva a preguntarnos ¿Qué pasa en el DTCH de Santa Marta, no hay oportunidades o es que no se alcanzan a ver?.

Como en la identificación de esa oportunidad, de la creatividad e innovación, de la consecución y asignación de recursos, de la participación en el diseño y montaje de la operación, en la identificación del riesgo del recurso financiero, en el tiempo y prestigio personal, en la inversión de dinero, en el beneficio y satisfacciones personales, en la creación de riquezas y generación de empleo y en la actuación con libertad e independencia aparece, según Varela (2001), el espíritu empresarial del hombre o de la mujer, en otras palabras del empresario<sup>92</sup>. Es por ello que se considera que en éste trabajo es valido el enfoque psicológico de Kizner sin despreciar el sociocultural, aunque nos preguntamos ¿hasta donde sea posible la marginación en el Magdalena y especialmente en el Distrito de Santa Marta un evento productor de empresas?, situación que según Sojo (1970), Roger Brew (1977), Cruz Santos (1979) y Martínez y Arzuza (2004) fue favorable para el desarrollo empresarial antioqueño<sup>93</sup>.

En resumen las teorías económicas sobre el empresario y la firma y conceptos de desarrollo empresarial, como se ve en la tabla 2 hay seis tradiciones o escuelas principales en la teoría del desarrollo empresarial: francesa (Cantillon 1755, Say y Casson 1982), austríaca (Shackle 1979 y Kirzner 1973), austríaca-alemana (Schumpeter 1934, 1943) y la norteamericana (Knight 1921, Coase 1937, Baumol 1990, 1993 y la literatura sobre intra-empresarialidad).

---

<sup>92</sup> VARELA. Op. Cit.

<sup>93</sup> ARZUZA BUELVAS, María Cristina y MARTINEZ POLANIA, Joselín. (2004) *Marco institucional formal de la creación de empresas en Barranquilla y Cartagena*. Trabajo de grado de Maestría en Administración de Empresas. Uninorte. Barranquilla. Pág. 28. y SOJO (1970). *El Comercio...* Op Cit., BREW (1977). *El Desarrollo...* Op. Cit.; CRUZ SANTOS (1979). *Antioquia...* Op Cit.

Tabla 2. Teorías económicas sobre el empresario y la firma y conceptos de desarrollo empresarial

Tradiciones	Definiciones Empresarios: ¿quiénes son?	Funciones ¿Cómo operan los empresarios?	Características
<b>Francesa</b>			
<b>Cantillon (1755)</b>	Figuras claves en la economía del mercado pues son quienes ejecutan las actividades productivas.	Tomar acciones requeridas para hacer una ganancia. Llevar a cabo un balance entre las ofertas y las demandas de los mercados.	Visión para asumir la incertidumbre. Reacción a oportunidades de ganancia. Trabajadores independientes con una ganancia incierta.
<b>Say (ver Torres, 2003)</b>	Principal agente de producción pues la coloca en movimiento.	Transformar materias primas en producción. Mediar entre agentes que aportan factores y la realización de la combinación de éstos en producción de bienes finales.	Buen juicio para establecer relación adecuada entre materias primas y producción.
<b>Casson (1982)</b>	Agentes que reasignan los recursos (ver también Kirzner abajo).	Se especializan en tomar decisiones de juicio acerca de la coordinación de recursos escasos.	Toman distintas decisiones al común, a pesar de que comparten las mismas circunstancias y objetivos de otros individuos. Tienen distinto acceso a la información. Diferentes interpretación y criterio.
<b>Austriaca</b>			
<b>Shackle (1979)</b>	Imaginativos intermediarios que adelantan nuevas y subjetivas oportunidades de negocios	No hay un patrón objetivo o determinístico de comportamiento porque la imaginación de una persona no puede ser presentada en una lista finita.	Cada característica depende del empresario. No proporcionan un estado total de coordinación entre oferta y demanda. No representan un equilibrio en haya descanso de la economía.

<b>Kirzner (1973)</b>	Creativos intermediarios que facilitan el intercambio entre oferentes y clientes, y mueven la economía hacia un estado de equilibrio.	Están alerta a oportunidades de ganancia para que ocurran intercambios. Identifican y explotan oportunidades para el intercambio lucrativo.	Habilidad para obtener el conocimiento que no poseen otros. Habilidad para reconocer oportunidades de mercado y proveer funciones de intermediación.
<b>Germana-austriaca (Schumpeter 1934, 1943)</b>	Innovadores que adelantan el cambio a través de la introducción de un nuevo proceso o producto tecnológico. Soñadores, visionarios, creadores, hacedores, destructores del status quo en la producción	Liderar la creación destructiva de las combinaciones existentes de los recursos dadas unas nuevas combinaciones (i.e. nuevo producto / proceso / organización). Idear alternativas de financiación. Encontrar apoyo y persuadir a los no-empresarios o a quienes practican las viejas rutinas.	Empuje y templanza al perseverar. Son un peligro a la viabilidad continua de los productos y procesos existentes.
<b>Norteamericana</b>			
<b>Knight (1921)</b>	Habilidosos y calculadores portadores de riesgo.	Alternar con factores relacionados con el acceso a recursos y facilidades del entorno local. Tomar decisiones que encierren riesgo y ganancia. Evaluar oportunidades de negocio. Coordinar recursos escasos.	Preparados para tomar riesgos en un mundo incierto donde los riesgos no pueden ser asegurados con pólizas. Su pago es la ganancia por llevar sobre sí la incertidumbre (p.e. contingencias imprevistas).
<b>Coase (1937)</b>	Organizadores y coordinadores de recursos.	Crear firmas para minimizar los costos de transacción.	Son una alternativa diferente al mercado para la asignación de recursos.



<b>Baumol (1990, 1993)</b>	Función social que introduce actividades novedosas que pueden tanto generar como redistribuir (a su favor) valor agregado.	Ejercen cualquiera de las dos funciones de generar o redistribuir (a su favor) valor agregado del sistema.	Depende de cuál es la función con mayor pago ejercen una de las dos funciones de generar o redistribuir (a su favor) valor agregado.
<b>Teoría de la intra-empresarialidad Sharma y Chrisman 1999, entre otros</b>	Individuos, o grupos de individuos, que actúan como parte de un sistema corporativo para crear nuevas organizaciones o innovación dentro de una organización existente.	Se distingue del concepto tradicional del emprendimiento en que el proceso de innovación (que conlleva el acto empresarial) se lleva a cabo dentro del contexto de las organizaciones existentes.	El proceso intra-empresarial no está sometido a la presión del proceso competitivo sino que es seleccionado y reconocido dentro de una estructura jerárquica.

Fuente: <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/2006969/lecciones/cap3-1.htm>

### **El Desarrollo Empresarial y su Relación con los Retos de Desarrollo Económico-Social Vs. Desarrollo Territorial, Basado en Estrategias<sup>94</sup>.**

Partiendo desde una concepción histórica, el desarrollo territorial siempre ha estado enmarcado a la forma de cómo se conciba la política de crecimiento ligado a la gestión<sup>95</sup>; es por eso, que hoy día, donde se habla de procesos de globalización, internacionalización de la economía, era virtual, eficiencia, eficacia, productividad, competitividad, ventajas comparativas y competitivas, estrategias de desarrollo, etc, se empleen conceptos meramente impulsores de crecimiento no sólo de tipo económico, sino también, de índole: administrativo, político, cultural y por supuesto, social y como anota Hollis B. Chenery (1961), en política de desarrollo y ventajas comparativas, el surgimiento del interés por el desarrollo económico, en un mundo globalizado como el de hoy, se centra en dos factores: el primero que determina la tasa

<sup>94</sup> Parte de este trabajo, es un avance sobre los resultados de una investigación adelantada por el Director de este trabajo de grado, Jorge E. Elías Caro, denominada Santa Marta y sus ventajas comparativas Frente al TLC, patrocinada por el Comité Nacional de Investigación CONADI de la Universidad Cooperativa de Colombia-Sede Santa Marta.

<sup>95</sup> En este sentido Peter Drucker, argumenta que el empresarismo hace parte de la gestión de las personas en el momento de administrar las cosas, incluyendo la vida misma.

global del crecimiento y el segundo en la distribución óptima de los recursos existentes para promover el desarrollo<sup>96</sup>.

En argumentos de Rocío Silva (2003) dados en el artículo “Desarrollo Empresarial Versus Desarrollo Territorial en el Sistema Productivo Almeriense” se da a conocer que vienen avanzando algunas hipótesis sobre las razones que pudieran explicar porqué determinadas situaciones de crecimiento económico y dinamismo empresarial no revierten en un mayor desarrollo territorial<sup>97</sup>.

Al tenor de lo anterior, se podría decir que el modelo adoptado por los sistemas productivos en el sector salud particularmente pueden considerarse sostenidos en términos económicos, el cual resulta un tanto ecléctico desde una perspectiva social, “*ya que a pesar de la precariedad laboral y de los estallidos xenófobos, hay que reconocer la capacidad de mantener un tejido de explotaciones familiares sumamente dinámicas y una red de agentes socio-institucionales que actúa en apoyo de la dinámica empresarial*” (Silva Pérez, 2003, 6), algo que resulta excepcional, al mostrarse extremadamente insostenible desde una perspectiva territorial y ambiental por sustentarse en una sobreutilización en muchos casos y así suene a demagogia de recursos no renovables. En otras palabras, como se arguyó anteriormente se está frente un modelo donde la progresión económica y el dinamismo fabril no se restituyen en un mayor equilibrio y desarrollo territorial<sup>98</sup>.

Llegados a este punto, puede resultar de interés -de cara a proseguir con la investigación, trascendiendo del sistema productivo al territorio en su conjunto- plantear unas hipótesis de trabajo que permitan explicar y, en su caso, corregir dicho desencuentro. Entre éstas, cabría resaltar la falta de entendimiento entre las diferentes instituciones que operan en este ámbito, que no por generalizable pierde interés si se atiende el papel desempeñado por las instituciones públicas tanto en la creación de recursos específicos (Amin, A y Thrift, N. 1993) como en su activación o puesta en valor y el papel otorgado a los actores sociales en las actuales teorías del desarrollo (Arellano, 1992; Barthe, 1998; Cabrero-Arellano, 1992; Goux- Baudiment, 2001; Deffontaines y Prod´homme, 2001). Otra de las causas que puede explicar la situación antedicha se relaciona con la atención preferente de los

---

<sup>96</sup> CHENERY. Hollis B. (1961) *Políticas de desarrollo y ventajas comparativas*. The American Economic Review, marzo de 1961; reproducido en el trimestre económico, núm. 114, abril-junio de 1962, pp. 308-393.

<sup>97</sup> SILVA PÉREZ, Rocío (2003). *Desarrollo Empresarial Versus Desarrollo Territorial en el Sistema Productivo Almeriense*. Departamento de Geografía Humana. Universidad de Sevilla (España). Pp. 1-

<sup>98</sup> *Ibíd.*

agentes socioinstitucionales a la esfera económica, desatendiendo en parte otras dimensiones<sup>99</sup>.

Lo anterior incita a conocer la situación del desarrollo en Santa Marta, (ya que para muchos actores es aún desconocida y con un sin número de incertidumbres) y con ello compararla con otras ciudades especialmente con las localizadas en el Caribe Colombiano e incluso con otras del país y de Latinoamérica, catalogadas como productivas y competitivas, básicamente orientada a permitir enfocarse en los retos que se avecinan, con motivo de la firma del TLC con EE.UU. y otros países miembros de la comunidad Andina Naciones como ejemplo, para luego poder comprender esa realidad actual e incursionar en el terreno de la industrialización, el desarrollo y el intercambio, con elementos de experiencia concreta, y así poder tomar una posición de fondo sobre el estado de las teorías del comercio internacional y del desarrollo meramente económico, como anotó Díaz-Alejandro (1975), basado en un contexto local con perspectiva social<sup>100</sup>, de ahí que Iván Silva Lira (1998) en el Manual de Desarrollo Local, denote claramente que los Gobiernos locales en aras de explotar con habilidad y posibilidades de éxito el potencial de recursos endógenos disponibles en pro del exitoso impulso de procesos de desarrollo local, se hace imperioso comprender las características y condicionantes de la dinámica local<sup>101</sup>. Por eso, el objeto primario de esta investigación.

En ese orden de ideas, la estabilidad macroeconómica y el éxito de los procesos de ajuste estructural que han alcanzado los países de América Latina y el Caribe no garantizan por si mismo la superación de las desigualdades personales y territoriales, ni tampoco contribuyen al proceso de innovación, ni aseguran la introducción de cambios tecnológicos en los sistemas productivos locales que permitirían elevar los niveles de productividad, generar empleo y, por ende, garantizar senderos de crecimiento económico ambientalmente sostenibles (Silva, 1998;7). De Ahí, es que para los gobiernos exista la necesidad de mirar hacia los planos micro y meso económicos en lo territorial, por cuanto, constituye un doble desafío para el crecimiento de la región, ya que, como denota Chenery (1961) existen diversos conflictos entre la teoría del comercio y la teoría del desarrollo, puesto, las principales contradicciones entre el principio de las ventajas comparativas y otros principios de asignación de los recursos,

---

<sup>99</sup> *Ibíd.*

<sup>100</sup> **DÍAZ-ALEJANDRO, Carlos.** (1975) Las políticas de comercio exterior y el desarrollo económico. Versión abreviada de "Trade policies and economic development, en P. Kenen (compilador), *International trade and finance: frontier for research*, Cambridge University Press. Cambridge. Según Intercambio y desarrollo. Selección de Ricardo French-davis. El trimestre económico Nro. 38. Fondo de Cultura Económica. México. 1981. pp. 97-140.

<sup>101</sup> **SILVA LIRA, Iván.** (1998) Manual de desarrollo local. Dirección de desarrollo y gestión local. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planeación económica y social ILPES.

proviene de supuestos y orientaciones diferentes, así pues, el análisis clásico enfoca las tendencias a largo plazo y las condiciones de equilibrio, mientras que las teorías modernas del desarrollo se refieren a la interacción entre las unidades de producción y de consumo, en un sistema dinámico, corrientes económicas que para nuestro caso, tienen validez y por tanto serán el eje central de la investigación..

No hay que desconocer que esa famosa realidad, denotada en párrafos anteriores en muchos casos presenta disparidades abismales y para lo que Chenery (1961) refiere a ventajas comparativas y condiciones de equilibrio, caso concreto, Santa Marta (Colombia) con Miami (EE.UU.), de manera apriorística, no tendría siquiera comparación, circunstancia que no podría alcanzarse por medios de cartomancia o ufologías, pues como afirman en sus publicaciones algunos investigadores costeños, como Meisel, Posada, Sourdis (1994), López, Abello, (1998) Bonett, Hernández, Espinosa, Rojas (1998), Bell, Nule, Ferro, Vilorio, Segovia (1999), entre otros, que desde épocas inclusive de la conquista y la colonia hasta nuestros días, la Costa Caribe se ha encontrado demasiado rezagada frente a las otras regiones del país y de Latinoamérica y que difícilmente podría alcanzar a desarrollar estrategias de competitividad a corto plazo, a pesar de poder ser una de las regiones más ricas, es la más pobre<sup>102</sup>, en todo caso, según Silva (2001) *“para los países de América Latina y el Caribe, es mucho más crítica que aquellas que han enfrentado las localidades deprimidas europeas, lo que implica una dedicación y capacidad de gestión probablemente mayor”*, por cuanto el aprovechamiento de esos recursos endógenos como punto de partida para originar nuevos estilos de desarrollo basados en las potencialidades de las economías locales, es el complemento indispensable de las políticas generales de desarrollo<sup>103</sup> y que de acuerdo a Thompson y Strickland (2003) y David (2003), la forma de alcanzarlo es aplicando en una perspectiva general excelentes estrategias, puesto, las tareas de crear, implantar y ejecutar las estrategias, constituyen el corazón y el alma de la administración de las unidades de negocio en el modelo de negocios<sup>104</sup>.

<sup>102</sup> **MEISEL ROCA, Adolfo** (1994, editor). *“Historia económica y social del Caribe Colombiano”*. Ediciones Uninorte, Ecoe Ediciones. Primera edición. Igualmente lo plantean, **LOPEZ MONTAÑO, Cecilia y ABELLO VIVES, Alberto**, (1998, Coordinadores). *“El Caribe Colombiano. La realidad regional al final del siglo XX”*. Departamento Nacional de Planeación, Observatorio del Caribe Colombiano. TM editores, primera edición. y en **LOPEZ MONTAÑO, Cecilia y ABELLO VIVES, Alberto**, (1998, Compiladores). *“La Costa que queremos: reflexiones sobre el Caribe Colombiano en el Umbral del 2000”*. Departamento Nacional de Planeación, Ediciones Universidad del Atlántico, Observatorio del Caribe Colombiano. Editorial Gente Nueva, primera edición. Cartagena. Así mismo: **CALVO STEVENSON, Haroldo, MEISEL ROCA, Adolfo**. (1999, editores). *“El rezago de la costa caribe colombiana”*. Banco de la República, Fundesarrollo, Universidad del Norte y Universidad Jorge Tadeo Lozano Seccional del Caribe, primera edición.

<sup>103</sup> **SILVA LIRA, Iván**. (1998) Op. Cit.

<sup>104</sup> **DAVID, Fred. R.**, (2003) *“Conceptos de Administración Estratégica”*. Novena Edición. Pearson, Prentice Hall, México. De igual forma **THOMPSON, Arthur A. Jr y STRICKLAND, A. J. III**, (2003)

Por su parte, la estrategia<sup>105</sup> de una organización es el “plan de acción” que tiene la administración para posicionar a la empresa en la arena de su mercado, conducir sus operaciones, competir con éxito, atraer y satisfacer a los clientes y lograr los objetivos de la organización (Thompson y Strickland, 2003), ya que la estrategia consiste en toda una variedad de medidas competitivas y enfoques de negocios que se emplean para el manejo de una compañía, por consiguiente, una estrategia implica elecciones administrativas entre varias alternativas y señala el compromiso organizacional con mercados específicos, enfoques competitivos y formas de operar y como dijera Joel Ross y Michael Kami “sin una estrategia, las organizaciones serían como un barco sin timón” ó Lewis Carroll, en el cuento el “Gato de Chesnire”, Alicia comenta “Por favor, ¿podrías decirme que camino debo seguir desde aquí?” y el gato responde “eso depende mucho de a dónde quieras ir?”, en conclusión, como planteó Peter Drucker “*la implementación de estrategias basada en la Administración no es un costal de trucos o un montón de técnicas. Es un pensamiento analítico y el compromiso de recursos para la acción*”<sup>106</sup>.

En cuanto a modelos de negocios, estos tienen que ver con los aspectos económicos de la estrategia cuando en la relación ingresos-costos-beneficios demuestran la viabilidad de la unidad de negocios en su conjunto (David, 2003; Thompson y Stricklan, 2003), dándose así, la versión moderna de los costos comparativos (Chenery, *et al*), donde esencialmente se conjuga una forma simplificada de la teoría estática del equilibrio general<sup>107</sup>, es decir, la estructura óptima de la producción y comercio para un país o localidad se determina mediante la comparación del costo de oportunidad de producir una mercancía dada, en relación con el precio en que pueda importarse o exportarse, condición definida por Henry Mintzberg (1987)<sup>108</sup>, Michael Porter (1996)<sup>109</sup>, Gary Hamel (1996)<sup>110</sup> y Bruce Ahlstrand y Joseph Lampel (1998)<sup>111</sup> como Ventaja Comparativa, siendo que los precios de mercado, de

---

“Administración Estratégica”, Decimotercera edición. Universidad de Alabama. Editorial McGraw Hill. México.

<sup>105</sup> La estrategia según autores como Thompson, Strickland, David, Serna, Porter, consiste en una combinación de movimientos competitivos y enfoques de los negocios que los administradores utilizan para satisfacer a los clientes, competir con éxito y lograr los objetivos de la organización.

<sup>106</sup> DRUCKER, Peter F. y otros. (2004) “Cómo medir el rendimiento en la empresa”. Harvard Business Review. Primera edición. Editorial Deusto. Argentina.

<sup>107</sup> CAVES, R. E. (1960) Trade Economic Structure. Cambridge. en Chenery (1961) Op Cit. pp 252.

<sup>108</sup> MINTZBERG, Henry. (1987) “Crafting Strategy”, Harvard Business Review 65, núm. 4, julio-agosto de 1987, pp. 66-75.

<sup>109</sup> PORTER. Michael E. (1996) “What Is Strategy?”, Harvard Business Review 74, núm. 6, noviembre-diciembre de 1996, pp. 61-78.

<sup>110</sup> HAMEL, Gary. (1996) “Stategy as Revolution”, Harvard Business Review 74, núm. 4, julio-agosto de 1996, pp. 69-82.

<sup>111</sup> MINTZBERG, Henry, AHLSTRAND, Bruce y LAMPEL, Joseph, (1998) Strategy Safari: A Guided Tour through the Wilds of Strategic Management, Free Press, Nueva York, .

factores y mercancías, pueden servir, por lo tanto para determinar las ventajas comparativas bajo condiciones de competencia, o sea, bajo los parámetros de una ventaja competitiva<sup>112</sup>, puesto, la ejecución competente de una estrategia bien concebida, no sólo es la receta más confiable para el éxito organizacional, sino que también es la mejor prueba de excelencia administrativa (Thompson y Stricklan, *et al*).

La creación, la puesta en práctica y la ejecución de la estrategia son funciones administrativas esenciales, por dos razones muy fundamentales: la primera por la necesidad de modelar en forma proactiva cómo se llevarán a cabo los negocios de la organización y la segunda razón, también es, por una imperiosa necesidad de modelar, pero sobre las decisiones y acciones independientes iniciadas por las diversas áreas de trabajo de la organización en un plan de acción coordinado completamente compatible<sup>113</sup>. La falta de una estrategia conscientemente elaborada constituye un elemento infalible para la generación de la entropía organizacional, de la mediocridad competitiva, de círculos viciosos internos y de resultados deslustrados, verbigracia de ello, se carecerá de razones fundamentales para cobijar negocios globales, que le permitan dar forma dentro de una totalidad cohesiva y sistémica, a las acciones y decisiones iniciadas a lo largo de la organización; tampoco se contará con bases subyacentes de negocios, para unir, en un esfuerzo de conjunto, las operaciones de las diferentes áreas de trabajo, ni existirá un modelo de conciencia sobre el negocio que genere utilidades.

Si se toma el concepto de administración estratégica, definida por Mintzberg (1987), Hamel (1996), Porter (1996), David (2003), Thompson y Strickland (2003) entre otros, como el proceso administrativo de crear una visión estratégica, establecer unos objetivos y formular una estrategia, así como implantar y ejecutar dicha estrategia y después con el transcurso del tiempo, iniciar cualesquier ajustes correctivos en la visión, los objetivos, la estrategia o su ejecución que parezcan adecuados, valdría la pena preguntarse entonces, ¿qué tan viable es la visión, los objetivos y las estrategias planteadas en la agenda de competitividad y productividad para el departamento del Magdalena y el Distrito de Santa Marta, si en las apuestas productivas propuestas, no se trata para nada al sector salud, aun no se han dado los resultados esperados, ni mucho menos se cuenta con la estructura para desarrollarlas?<sup>114</sup>.

---

<sup>112</sup> CHENERY. Op cit. Pág. 253.

<sup>113</sup> THOMPSON, y otro. Op cit. Pág. 4.

<sup>114</sup> De acuerdo con la Agenda interna de competitividad y productividad, elaborada por la Gobernación del Magdalena, el D.T.C.H de Santa Marta y la Cámara de Comercio de Santa Marta y aprobada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, Dirección Nacional de Planeación, Colciencias y Confecámaras, se planteó que la Visión Competitiva Territorial es ser el "Primer destino ecoturístico colombiano en la cuenca del Caribe, un importante productor y exportador de bienes agropecuarios y

Lo anterior ilustra que el desarrollo empresarial del sector salud en el Distrito de Santa Marta, presenta desventajas frente a los demás, ya que la voluntad política de sus gobernantes hacia la creación de empresas de este tipo y fomento del mismo es casi nula.

El proceso de creación de la estrategia y la puesta en práctica de ésta, se compone de cinco tareas administrativas correlacionadas:

1. *Desarrollar una visión estratégica de hacia dónde se dirige la organización*, con el fin de proporcionar una dirección a largo plazo, delinear en que clase de empresa está tratando de convertirse la organización e infundir en ésta el sentido de una acción con un propósito determinado.
2. *Determinar objetivos*, es decir, convertir la visión estratégica en resultados específicos del desempeño que deberá lograr la organización.
3. *Crear una estrategia, con el fin de lograr los resultados deseados.*
4. *Poner en práctica y ejecutar la estrategia elegida de una manera eficiente y efectiva.*
5. *Evaluar el desempeño e iniciar ajustes correctivos en la visión, la dirección a largo plazo, los objetivos, la estrategia o la puesta en práctica, en vista de la experiencia real de las condiciones cambiantes, de las nuevas ideas y de las nuevas oportunidades.*

Es por ello, que al definir visión estratégica, ésta se concibe como “el mapa de la empresa que proporciona detalles específicos sobre su tecnología y su enfoque al cliente, la geografía y los mercados de productos que perseguirá, las capacidades que planea desarrollar y el tipo de organización que la administración está tratando de crear”<sup>115</sup>. En lo que atañe a objetivos, estos “son las metas de desempeño de una empresa: los resultados y los logros se que desea alcanzar. Funcionan como parámetros para la evaluación del progreso y el desempeño de la organización”<sup>116</sup>.

---

*agroindustriales y centro competitivo de transferencia logística internacional*’, objetivos estratégicos: 1. Aumentar la participación en las exportaciones no tradicionales en el total departamental y nacional, 2. Fortalecer y aumentar la capacidad logística y de transporte internacional y nacional, 3. Posicionar al departamento en la economía nacional e internacional en la oferta de bienes y servicios “verdes”, 4. Articular la educación de calidad a necesidades de las apuestas productivas y factores de competitividad; teniendo que como apuesta productivas, se encuentra: el ecoturismo, la logística internacional y la productividad agropecuaria y agroindustrial y como factores transversales: la Infraestructura, la Ciencia y la Tecnología, la Educación, entre otros. Hecho que evidencia que el sector salud y su desarrollo empresarial para la voluntad política de sus gobernantes no es una necesidad de primera mano.

<sup>115</sup> THOMPSON, Op cit. Pág. 6.

<sup>116</sup> THOMPSON. *Ibíd.* Pág. 7 y DAVID, Op cit. Pág. 11.

El establecimiento de objetivos, que requieren de una verdadera flexibilidad organizacional ayudan a erigir un muro retractario contra el avance por inercia y los mejoramientos a un nivel bajo de desempeño institucional, como lo expresa Michel Leibovitz “Si usted quiere tener resultados sobresalientes, debe tener objetivos sobresalientes”; esto conlleva a mirar a las organizaciones desde una perspectiva global, por cuanto para competir en un mundo globalizado e internacionalizado como el de hoy, se requieren de dos tipos muy diferentes de criterios de desempeño: Los que se relacionan con el desempeño financiero y los que tienen que ver con el desempeño estratégico.

Según Jarillo y Martínez Echezárraga (1994), Thompson, Strickland (2003) y David (2003), los objetivos financieros se relacionan con los resultados y logros monetarios que los administradores desean que logre la organización a este respecto; además, son la señal de un compromiso con resultados tales como aumento de utilidades, un rendimiento aceptable sobre la inversión o valor económico agregado (EVA)<sup>117</sup>, crecimiento de dividendos, incremento del precios de las acciones o valor de mercado agregado (VMA)<sup>118</sup>, buen flujo de efectivo y crédito comercial. En contraste, los objetivos estratégicos “dirigen sus esfuerzos hacia resultados que reflejen una mejor competitividad y una posición más sólida de la empresa; logros como *un incremento adicional en la participación del mercado*, situarse a la delantera de los competidores claves en la calidad del producto, el servicio al cliente o la innovación; además de llegar a tener costos generales más bajos que los de los rivales, incrementar la reputación de la organización con los clientes, alcanzar una posición firme en los mercados internacionales, ejercer un liderazgo tecnológico, conquistar una ventaja competitiva sustentable y lograr oportunidades de crecimiento atractivas”

---

<sup>117</sup> El valor económico agregado (EVA) es la utilidad excedente respecto al costo de la deuda y del capital social de la organización. De una manera más específica, se define como la utilidad de la operación menos los impuestos sobre la renta, menos el costo de la deuda, menos una tolerancia para el costo del capital social. Por ejemplo, si una compañía tiene utilidades de operación de 200 millones de dólares, paga impuestos de 75 millones, tiene gasto de intereses de 25 millones, y un capital de los accionistas de 400 millones con un costo estimado del capital de 15% (lo que se traduce en un costo de capital social de 60 millones de dólares), entonces el EVA de la compañía es de 200 millones, menos 75 millones, menos 25 millones, menos 60 millones, es decir, 40 millones de dólares. El EVA de 40 millones se puede interpretar como si significara que la administración de la compañía a generado utilidades en exceso respecto al punto de referencia de 15% del costo justo necesario para justificar o respaldar la inversión de los accionistas de 400 millones de dólares, todo lo cual representa una riqueza creada para los propietarios superior a lo que podrían esperar si hicieran una inversión de un riesgo comparable en otra parte.

<sup>118</sup> El valor de mercado agregado (VMA) se define como el monto por el cual el valor total de la compañía ha sido apreciado como superior al monto en dólares que los accionistas han invertido realmente en la compañía. El VMA es igual al precio actual de las acciones de la compañía, multiplicado por el número de acciones en circulación, menos la inversión de capital de los accionistas, lo cual representa el valor que la administración le ha agregado a la riqueza de los accionistas debido a su manejo del negocio.



Tanto los objetivos financieros como los objetivos estratégicos deben basarse en el tiempo, es decir, es preciso definir si deben llevarse a cabo a corto o a largo plazo (David, 2003). De ahí que se deban de tener en cuenta para la creación de las estrategias, porque estas reflejan elecciones administrativas entre diversas opciones y es una señal del compromiso institucional con productos, mercados, enfoques competitivos y formas de operar particularmente la organización<sup>119</sup>. En resumen, la creación de la estrategia hace que entre en juego el aspecto administrativo crítico de cómo lograr los resultados propuestos, en vista de la situación y de los prospectos de la organización. O sea, los objetivos son los “fines” y las estrategias son los “medios” para lograrlos (Thompson, *et al*). A lo sumo, la creación de una estrategia, implica el desarrollo de una *estrategia intencional*, adaptándola según se lleven a cabo los acontecimientos (estrategia adaptativa/reactiva) y vinculando estrechamente los enfoques de negocios de la empresa, las acciones y las iniciativas de competitividad a sus aptitudes y capacidades.

Nuevamente surge otro interrogante sobre esas acciones e iniciativas de competitividad para Santa Marta ¿será que realmente hay aptitud y capacidad para lograrlos?. Valdría la pena analizar este interrogante desde una perspectiva teórica, cuando para alcanzar ventaja competitiva se debe primero tener una gran cantidad de ventajas comparativas, que para lograrlas se requiere de tener una sólida infraestructura, poseer procesos vanguardistas, altas tecnologías, capacitación permanente, retroalimentación constante, pero por encima de todo una flexible y dúctil estructura, entendido todo esto como aptitudes y capacidades, así pues, como dice Alfred Chandler (1962) “La estructura siempre sigue a la estrategia”, ya que la mano invisible del mercado planteada por Adán Smith, es contrarrestada por la mano visible de los administradores en su gestión.

Por lo expuesto, una estrategia de ventaja competitiva que concierne al *cómo*, es entonces, cómo lograr el crecimiento del negocio, como satisfacer a los clientes, cómo superar la competencia de los rivales, cómo responder a las condiciones cambiantes del mercado, cómo administrar cada parte funcional del negocio y desarrollar las capacidades organizacionales necesarias y por supuesto, cómo lograr los objetivos tanto financieros como estratégicos.

Ahora bien, si se habla de mundos globalizados, las estrategias de ventajas comparativas y productividad y competitividad, deben estar ligadas a ello, porque toda organización que aspire al liderazgo en el siglo XXI debe pensar en función del liderazgo en el mercado global, más no nacional. La economía mundial se globaliza a ritmo acelerado a medida que los países que hasta ahora habían estado cerrados a las compañías extranjeras abren

---

<sup>119</sup> THOMPSON y otro, Op cit. Pág. 10.

sus mercados, el Internet reduce la importancia de las distancias geográficas y las empresas ambiciosas empeñadas en crecer, se apresuran a amarrar posiciones competitivas en los mercados de cada vez más países. La globalización de la economía mundial es una condición del mercado que exige estrategias ofensivas audaces para conseguir nuevas posiciones en el mercado y estrategias defensivas para proteger las ya ganadas<sup>120</sup>.

De ahí que la presente investigación, tenga por objeto conocer como ha sido el desarrollo empresarial de Santa Marta, especialmente desde el sector salud, así mismo con que cuenta Santa Marta, ya que para poder entrar en los mercados internacionales, el Distrito requiere de convertirse en un competidor global, definido este como “cuando tiene o busca presencia de mercado en la mayoría de los continentes y en prácticamente todos los países desarrollados del mundo”<sup>121</sup>, por cuanto sus apuestas productivas tienden a la internacionalización de las mismas.

Y más aun, cuando la competencia en mercados extranjeros donde existen variaciones significativas entre países en cuanto a las condiciones culturales, demográficas y de mercado plantea un desafío mucho más grande para la formulación de la estrategia que concretarse a competir en el mercado interno, puesto, la capacidad de responder a las diferencias entre países concernientes a las condiciones culturales, demográficas y de mercado, complica la tarea de competir en el ámbito del mercado mundial. El desafío radica en equilibrar la presión de ser sensible a las situaciones locales en cada país y la presión de tener costos y precios más bajos (Jarrillo y otro, *et al*).

Por lo anterior, se podría decir que la competencia multi-país existe sólo cuando la competencia en un mercado nacional es independiente de la competencia en otro mercado nacional, como dijo Thompson “no hay un mercado internacional propiamente dicho, sino más bien una serie de mercados nacionales autónomos”, circunstancia que se traduce en que la competencia global existe sólo cuando las condiciones competitivas a través de los mercados nacionales tienen vínculos tan fuertes que forman un verdadero mercado internacional<sup>122</sup> y haciendo gala a lo teorizado por

---

<sup>120</sup> Para esta concepción se tuvo en cuenta los criterios de **SLYWOTZKY, Adrián y WISE, Richard.** (2004) “*Cómo crecer cuando los mercados no crecen*”. Grupo editorial Norma. Bogotá D.C y **STALK, G. y otros.** (2004) “*Estrategias de crecimiento*”. Harvard Business Review. Primera edición. Editorial Deusto. Argentina.

<sup>121</sup> **JARRILLO, José Carlos y MARTÍNEZ ECHEZARRAGA, Jon I.** (1994) *Estrategia Internacional. Más allá de la exportación*. Tomo 3, serie McGraw-Hill. Bogotá. Pág. 26 – 27.

<sup>122</sup> Lo anterior se puede contrastar con los trabajos realizados por: **BALL, Donald A.** (1996) “*Negocios Internacionales. Introducción y aspectos esenciales*”. Quinta edición. Editorial Irwin. España; **CARBAUGH, Robert J.** (1999) “*Economía Internacional: Soluciones empresariales*”. Sexta edición. Thomson Editores. México y **KELLER, K. L., y otros.** (2004) “*Nuevas tendencias de Marketing*”. Harvard Business Review. Primera edición. Editorial Deusto. Argentina.

Estefanía (2001) cuando los principales competidores se enfrentan cara a cara en muchos países diferentes<sup>123</sup>.

## Marco Conceptual

**Crecimiento Económico:** Puede definirse como un aumento rápido y sostenido del producto real por habitante con los consiguientes cambios en las características tecnológicas, económicas y demográficas de la sociedad, aunque el Banco Mundial lo define como el cambio cuantitativo o expansión de la economía de un país. Según los usos convencionales, el crecimiento económico se mide como el aumento porcentual del producto interno bruto (PIB) o el producto nacional bruto (PNB) en un año.

**Desarrollo Económico:** Proceso por el que una sociedad cambia su organización económica pasando de un sistema tradicional y estacionario a otro moderno que permite el crecimiento económico continuado; El Banco Mundial lo define como el cambio cualitativo y la reestructuración de la economía de un país en relación con el progreso tecnológico y social. El desarrollo económico está estrechamente vinculado al crecimiento económico.

**Desarrollo Organizacional:** Trata acerca del funcionamiento, desarrollo y efectividad de las organizaciones humanas. Una organización se define como dos o más personas reunidas por una o más metas comunes

**Desarrollo Empresarial:** Proceso por medio del cual el empresario y su personal adquieren o fortalecen habilidades y destrezas, que favorecen el manejo eficiente y eficaz de los recursos de su empresa, la innovación de productos y procesos, de tal manera, que coadyuve al crecimiento sostenible de la empresa.

**Desarrollo Sostenible:** El que conduzca al crecimiento económico, a la elevación de la calidad de vida y al bienestar social, sin agotar la base de los recursos naturales renovables en que se sustenta, ni deteriorar el medio ambiente o el derecho de las generaciones futuras a utilizarlo para la satisfacción de sus propias necesidades; Conduce hacia un equilibrio dinámico entre todas las formas de capital o patrimonio que participan en el esfuerzo regional: humano, físico-natural, financiero y cultural. Se trata de un concepto solidario, en el tiempo, dado que asegura la utilización y mejor de los recursos actuales hacia el futuro; en el espacio, ya que se basa en la

---

<sup>123</sup> ESTEFANIA, Joaquín. (2001) *“La nueva economía, la globalización”*. Primera edición. Ediciones Debolsillo. España.

redistribución de la riqueza, no sólo en la perspectiva social, sino en la territorial.

**Desarrollo Sustentable:** Estilo de desarrollo que apunta a dos aspectos centrales: a) garantizar a toda la población una calidad de vida digna (empleo, respeto a sus derechos humanos, democracia, educación, vivienda, equidad de género, salud y servicios básicos) y b) garantizar un manejo adecuado de los recursos naturales bajo un estricto respeto a las capacidades de recarga de los ecosistemas ya los equilibrios ecológicos, no sólo en el presente, sino también en el futuro, aunque una de las definiciones más usadas de desarrollo sustentable es la que provino del informe de la Comisión Bruntland "Nuestro Futuro Común" publicado en 1987, que señala que desarrollo sustentable es aquel desarrollo que permite satisfacer las necesidades de las generaciones actuales sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras de satisfacer sus propias necesidades.

**Distrito:** La palabra distrito proviene del latín medieval *districtus* (zona de jurisdicción) de *distingere*, separar. Es el nombre que recibe cada una de las demarcaciones en que se subdivide un territorio o una población, ya sea en forma administrativa o jurídica con la finalidad de obtener una distribución adecuada de sus servicios administrativos y organizar ordenadamente el ejercicio de su gobierno.

**Empresa:** Es la unidad económica encargada de la producción de bienes y servicios. Desde otro punto de vista, se puede entender por empresa al conjunto orgánico de factores de producción, ordenados según ciertas normas sociales y tecnológicas que tienen como fin lograr objetivos de tipo económico o una empresa es el ejercicio profesional de una actividad económica planificada, con la finalidad o el objetivo de intermediar en el mercado de bienes o servicios, y con una unidad económica organizada en la cual ejerce su actividad profesional el empresario por sí mismo o por medio de sus representantes.

**Empresario:** Un empresario es una persona física o individual, así como jurídica o social, que por sí misma o por mediación de sus representantes, ejercita y desarrolla una actividad empresarial mercantil, en nombre propio, con habitualidad, adquiriendo la titularidad de las obligaciones y derechos que se derivan de tal actividad, siendo esta una actividad organizada en función de una producción o un intercambio de bienes y servicios en el mercado; también puede catalogarse como aquella persona que asume los riesgos y retos necesarios para iniciar y desarrollar una actividad económica, que busca lograr objetivos en beneficio propio y de su entorno inmediato

**Estrategia:** Es la definición en el tiempo y en el espacio del proceso de orientación general, principios y organización en cuyo marco deben operar

las acciones e instrumentos a fin de conseguir objetivos previamente formulados, basados en la conceptualización de cómo mejor alcanzar los objetivos deseados en una situación conflictiva. La estrategia se preocupa de si se va a luchar, y en este caso, cuando y cómo, y la forma de lograr la máxima efectividad en un conflicto para alcanzar ciertas metas. La estrategia es el plan para la distribución práctica, adaptación y aplicación de los medios disponibles para alcanzar los objetivos deseados.

**Gestión empresarial:** Consiste en la buena utilización de los recursos en aras de obtener una mejor productividad y calidad que conlleve a obtener competitividad.

**Santa Marta:** Ciudad fundada en 1525 por el conquistador español Rodrigo de Bastidas, Santa Marta está situada a orillas del mar Caribe en una de las más bellas bahías colombianas. Fundamentalmente es de clima tropical, lo que atrae de manera considerable al turismo. A sus reconocidas y afamadas playas se suma el paisaje urbano de sus monumentos coloniales como la catedral, las antiguas residencias y, sobre todo, la Quinta de San Pedro Alejandrino, donde perdura el recuerdo de la muerte de Simón Bolívar.

**Sector Económico:** Cada una de las partes en que, para su estudio y según criterios diversos, se divide la economía.

## 6. DISEÑO METODOLÓGICO

### 6.1. Tipo de Investigación

Por las características de la temática, la investigación es de tipo mixta, ya que se puede catalogar como exploratoria – descriptiva, pues esta combinación permite una mayor comprensión de un fenómeno poco estudiado, ya que las investigaciones exploratorias se utilizan cuando el tema a tratar es poco conocido, vago, o está escasamente definido a la insuficiencia de información y conocimientos del momento y/o cuando se estudia una situación en un ambiente con características muy particulares que los diferencian ampliamente de otros contextos donde ese mismo fenómeno ya ha sido estudiado (Selltiz y otros, 1971; Bordeleau y otros, 1987; Hernández Sampieri y otros, 1991; Namakforoosh, 1995; Hurtado de Barrera, 2000, 217), mientras que la descriptiva tiene como objetivo central lograr la descripción o caracterización del evento de estudio dentro de un contexto particular (Ander Egg, 1987; Hernández Sampieri y otros, 1991; Hurtado de Barrera, 2000, 223).

Igualmente se considera correlacional – longitudinal, por que la primera mide el grado de relación entre variables de la población estudiada o en palabras de Salkin (1998) “*examina asociaciones pero no relaciones causales, donde un cambio en un factor influye directamente en un cambio en otro*” y la segunda porque compara datos obtenidos en diferentes oportunidades o momentos de una misma población con el propósito de evaluar los cambios de manera cronológica a través del periodo objeto de estudio (Bernal Torres, 2000, 112).

Además porque en ella convergen diferentes perspectivas; una de ellas la académica y la otra porque es un estudio interdisciplinario donde congregan esfuerzos varios profesionales con distintos enfoques y grados de conocimientos, como son las ciencias económicas y empresariales por un lado y las ciencias de la salud por el otro, aunado a ello por la categorización que se trabajará implícitamente dentro del mismo: sector público y sector privado.

### 6.2 Método de Investigación

Para la realización de este estudio se aplicará el método inductivo deductivo, ya que se utilizarán estilos teóricos, en razón de que de lo particular se llegará a lo general y de lo general a lo particular, también se realizará mediante el método de análisis y de síntesis, porque allí se analizarán los

fenómenos objeto de estudio y después se relacionarán entre sí, para sacar conclusiones resultantes.

### 6.3. Población y Unidad de Análisis

Se tendrán en cuenta dos poblaciones, el sector productivo (salud) y las empresas.

Sobre las empresas se está a la espera que la Cámara de Comercio indique cual es la población a trabajar, es decir el número total de empresas creadas en el periodo comprendido de Enero 1 de 1990 a Diciembre 31 de 2005 y sobre ella determinar la muestra, la cual se desarrollará bajo la formula estadística de muestreo aleatorio simple bajo condiciones de conocimiento pleno del total de la población, así:

$$n = \frac{S^2}{\frac{\epsilon^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}}$$

Donde;

**n** = Tamaño necesario de la muestra

**N** = Tamaño de la población

**Z<sup>2</sup>** = Margen de confiabilidad o número de unidades de desviación estándar en la distribución normal que producirá e nivel deseado de confianza (para una confianza de 95% un  $\alpha = 0.05$ ;  $Z = 1.96$  y para un nivel de confianza de 99% un  $\alpha = 0.01$ ;  $Z = 2.58$ ) elevado al cuadrado.

**S<sup>2</sup>** = Desviación estándar de la población (conocida o estimada a partir de anteriores estudios) elevada al cuadrado.

**$\epsilon^2$**  = Error o diferencia máxima entre la media muestral y la media de la población que se está dispuesto a aceptar con el nivel de confianza que se ha definido.

La cual Según Cámara de Comercio de Santa Marta, este está constituido por:

- 256 Empresas de Salud con servicios médico asistenciales en el Distrito de Santa Marta creadas en el periodo comprendido 1990 - 2005
- 52 Empresas de Salud sin servicio médico asistencial en el Distrito de Santa Marta, creadas en el periodo comprendido 1990 - 2005

## MUESTRA

La unidad muestral que se utilizó para la realización de las entrevistas de los empresarios de salud de la ciudad de Santa Marta, fue:

### 6.3.1 Muestra sector salud con servicios médico asistencial.

$$n = \frac{S^2}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}}$$

$$Z = 2,58$$

$$E = 0,01$$

$$S = 0,04$$

$$N = 256$$

$$n = \frac{(0,4)^2}{(0,01)^2 + \frac{(0,4)^2}{256}}$$

$$n = \frac{0,16}{\frac{0,01}{6,6564} + \frac{0,16}{256}}$$

$$n = \frac{0,16}{0,00150023 + 0,0006154}$$

$$n = \frac{0,16}{0,0021177}$$

$$n = 75,5 = 76$$

### 6.3.2 Muestra sin servicios médico asistencial.

$$n = \frac{S^2}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{S^2}{N}}$$

donde:

$$Z = 2,58$$

$$E = 0,01$$

$$S = 0,04$$

$$N = 52$$

$$n = \frac{(0,04)^2}{(0,01)^2 + \frac{(0,04)^2}{52}}$$



$$n = \frac{0,0016}{\frac{0,01}{6,6564} + \frac{0,016}{52}}$$

$$n = \frac{0,16}{(0,000015023135663 + 0.00003076923077)}$$

$$n = \frac{0,016}{0.0000.4579223664}$$

$$n = 34.9403 = 35$$

Dejando claro que sólo se lograron hacer 69 entrevistas y/o encuestas de las 76 que representan la muestra de los 260 empresarios que pertenecen al grupo del sector con servicios médicos asistenciales y 14, de las 35 que representan las 52 de los que pertenecen al grupo de los de sin servicios médicos asistenciales, debido a que el empresario se encontraba reacio a colaborar, no facilitando la tarea investigativa, aduciendo múltiples razones, una de ellas no tenían tiempo para estas cosas, demostrando con ello falta de compromiso, colaboración y seguridad, a pesar que el resultado va a ser provechoso para el sector no estuvieron prestos a contestar, a su vez argumentando razones de seguridad.

Por otro lado, la unidad de análisis estuvo constituida por el desarrollo del sector.

## **6.4. Fuentes de Recogida y Análisis de Datos**

### **6.4.1. Fuentes y Técnicas de Recolección de Información**

Se utilizaron fuentes primarias y secundarias tales como encuestas, entrevistas, bases de datos, archivos empresariales e históricos, documentos oficiales y boletines de prensa.

Los empresarios, fueron encuestados de acuerdo a formato diseñado, teniendo en cuenta las variables del entorno que fueron trabajadas, modelo que se anexa al presente para una mejor ilustración y los historiadores, representantes de organismos públicos y privados fueron abordados mediante entrevistas en profundidad, las cuales también se diseñaron de acuerdo con el marco teórico y objetivos de la investigación.

Las bases de datos, archivos empresariales e históricos, documentos oficiales y boletines de prensa se utilizaron para el cálculo de indicadores macroeconómicos, de gestión empresarial, de surgimiento y desaparición de las empresas, y en general de los indicadores relacionados con los factores del entorno.

#### **6.4.2. Análisis de datos**

La tabulación y procesamiento de la información se hizo utilizando paquetes estadísticos como el SPSS y aplicaciones informáticas como el Excel.

### **7. COMPORTAMIENTO DEL SECTOR SALUD EN EL DISTRITO DE SANTA MARTA, A PARTIR DE LA CREACION DE EMPRESAS 1990-2005**

En primera instancia se mostrará como fue la evolución de la actividad empresarial del sector salud en el Distrito, a partir de la creación de empresas, para ello se tomó la información que suministró la Cámara de Comercio de Santa Marta, de la manera que ilustra el cuadro 1 y la gráfica 2.

Cuadro 1. Muestra la cantidad de constitución de empresas por anualidad

<b>AÑO DE CREACIÓN</b>	<b>No. EMPRESAS</b>	<b>%</b>
1990	1	0,32%
1991	4	1,30%
1992	3	0,97%
1993	6	1,95%
1994	14	4,55%
1995	6	1,95%

1996	26	8,44%
1997	20	6,49%
1998	19	6,17%
1999	33	10,71%
2000	23	7,47%
2001	23	7,47%
2002	32	10,39%
2003	20	6,49%
2004	22	7,14%
2005	56	18,18%
<b>TOTAL</b>	<b>308</b>	<b>100%</b>

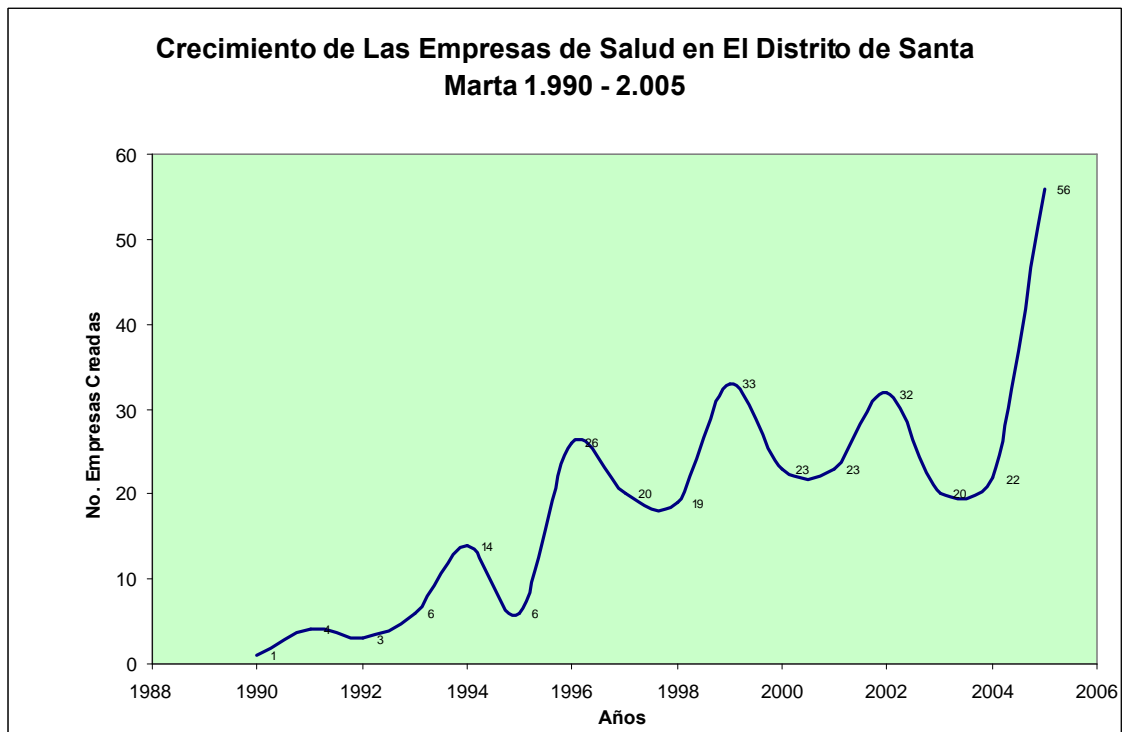
Fuente: Cálculos elaborados por los autores, con base en información suministrada por la Cámara de Comercio de Santa Marta.

El cuadro 1 y la gráfica 2 nos muestra como el sector de la salud en Santa Marta, durante el periodo objeto de estudio se ha mantenido en un constante auge, a pesar de ciertos altibajos, analizando que cada tres anualidades la tendencia es de un alza vertiginoso, pero inmediatamente cae, manteniéndose la propensión al año inmediatamente anterior, conservado así casi una década que va de 1996 a 2004, porque en el último año las cifras de emprendimiento se disparan más del ciento por ciento del promedio.

Este comportamiento se puede explicar en el hecho que al observar los tres primeros años de la década de los noventa, la creación de empresas de salud en Santa Marta estaba estancada, presentado unos indicadores paupérrimos de máximo cuatro empresas de salud creadas por año, situación que venía así incluso desde épocas anteriores, caso 70's y 80's, donde el mayor comportamiento estuvo alrededor de las tres empresas constituidas por año, claro está que esta tendencia no sólo estaba en Santa Marta, sino que era una condición determinante y generalizada para toda Colombia.

Ese incremento que se denota a partir de 1994, radica básicamente por la promulgación y creación del Sistema de Seguridad Social Integral en el país, determinado mediante la sanción de la Ley 100 de 1993, la cual da cabida al sistema de participación y permite a la iniciativa privada ampliar sus fronteras y cobertura de acción, puesto para nadie es un secreto que antes de la puesta en marcha de esta Ley, la salud en Colombia estaba dominada por la Intervención del Estado en su políticas de gobierno y más aún cuando los servicios de salud en Colombia estaban dentro de los más costosos del mundo y no permitía que la salud fuera un servicio general de servicio público esencial de seguridad social como en esencia debía ser.

Gráfico 2. Ilustra la cantidad de constitución de empresas por anualidad



Fuente: Cálculos elaborados por los autores, con base en información suministrada por la Cámara de Comercio de Santa Marta.

Pues, además dentro de sus principios lo que perseguía es la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, la integridad, la unidad y por supuesto la participación<sup>124</sup>, hechos que con el poder y gobierno de la cosa pública al mandato de la salud, era imposible de lograr por las condiciones políticas, económicas y sociales aptas para su desarrollo, por las condiciones que vivía el país en esos momentos, ya que como fin primordial la seguridad social debe perseguir que esta se desarrolle dentro de la sociedad en forma progresiva, con el objeto de amparar la población y su calidad de vida. Situación en contraste por que como se venía manejando la salud pública en Colombia era imposible de lograr, ya que la eficiencia según la misma Ley 100/93 es la mejor manera de utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.

De igual forma sucede con los demás principios, donde por extensión la Universalidad es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida; la Solidaridad es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los

<sup>124</sup> REPUBLICA DE COLOMBIA. *Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993*. Editorial Unión Ltda. Edición actualizada 2000, Bogotá D.C Pp. 15 - 17

sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil, de ahí que los recursos provenientes del erario público en el Sistema de Seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables; la Integridad es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población; la Unidad es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social, y la participación es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

Es por ello que el artículo 4 de la Ley 100/93 promulgue que el servicio público de seguridad social sea un servicio público obligatorio, pero podrá ser prestado por entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la misma ley<sup>125</sup>, dando así la invitación abierta a participar a las empresas privadas, que antes estaba más restringida, circunstancia dinamizadora del crecimiento y desarrollo del sector, aunque la dirección, coordinación y control de la salud en el país aun seguiría a cargo del Estado como en efecto sucede.

Otro de las causas que hizo que el crecimiento del sector se diera a partir de estos años, fue el hecho que por políticas neoliberales que se venían implementado en el país con motivo de las privatizaciones de entidades oficiales por efecto de la globalización, la salud en el Magdalena no fue ajena a esta situación, ya que para 1992 se cierra definitivamente en todas sus actividades el Hospital San Juan de Dios de Santa Marta, entidad que era propiedad del Departamento, pero al quedar cesante mucho de sus trabajadores y por las indemnizaciones recibidas por conducto de su liquidación, a pesar que al mismo tiempo entró en vigencia el nuevo Hospital departamental el “Julio Méndez Barreneche”, estos ex empleados se vieron obligados a montar sus propias empresas.

Caso similar ocurrió como muestra la gráfica 2 para los años 2004-2005, donde por motivos del cierre definitivo y liquidación, del Hospital departamental “Julio Méndez Barreneche”, la ponderación de creación de empresas se aumenta en 255%, puesto que de 22 empresas constituidas en la anualidad 2004, se pasa a 52 en el año 2005, siendo el mayor grado de creación de empresas durante los quince años objeto de estudio con total de 18.18%, seguido de 1999 y 2002 con 33 y 32 empresas creadas respectivamente, equivalentes a 10.71% y 10.39%. Es importante resaltar la manera, de cómo la falta de voluntad política y gestión pública, la iniciativa privada toma importancia.

---

<sup>125</sup> *Ibíd.* P 17

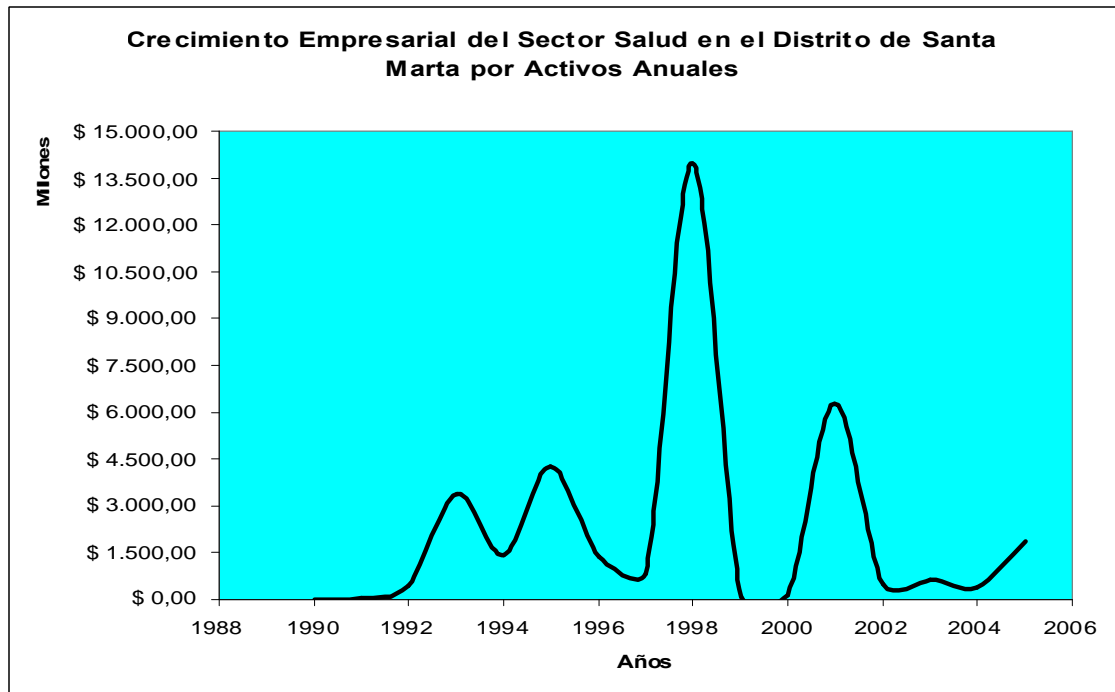
Cuadro 2. Muestra los activos presentados por año en el sector Salud

<b>AÑO DE CREACIÓN</b>	<b>No. Empresas Creadas</b>	<b>Activos</b>	<b>%</b>
1990	1	\$ 24.369.983,00	0,07%
1991	4	\$ 44.770.000,00	0,13%
1992	3	\$ 448.746.026,00	1,26%
1993	6	\$ 3.392.086.586,00	9,51%
1994	14	\$ 1.432.583.480,00	4,02%
1995	6	\$ 4.245.014.196,00	11,90%
1996	26	\$ 1.376.891.455,00	3,86%
1997	20	\$ 850.755.420,00	2,38%
1998	19	\$ 13.987.567.199,00	39,20%
1999	33	\$ 77.853.500,00	0,22%
2000	23	\$ 147.406.000,00	0,41%
2001	23	\$ 6.252.824.537,00	17,52%
2002	32	\$ 513.986.625,00	1,44%
2003	20	\$ 621.520.859,00	1,74%
2004	22	\$ 414.551.240,00	1,16%
2005	56	\$ 1.849.071.962,00	5,18%
<b>TOTAL</b>	<b>308</b>	<b>\$ 35.679.999.068,00</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cálculos elaborados por los autores, con base en información suministrada por la Cámara de Comercio de Santa Marta.

Sobre el comportamiento económico específico del sector basado en la cantidad de empresas emprendidas, éste tuvo un crecimiento vertiginoso en todos los quinquenios de los periodos en mención, es el caso de 1990-1995 donde se presentó un porcentaje de 11.04% equivalente a 38 empresas constituidas, pasando posteriormente a 39.29% para el lapso 1996-2000 con 121 empresas, presentándose con ello una variación positiva de 28.25% a favor de la constitución de nuevas empresas y de 10.39% para el siguiente periodo, porque para 2001-2005 fue de 49.68% atinente a 153 organizaciones creadas, para un gran total de 308 empresas fundadas entre enero 1 de 1990 y diciembre 31 de 2005 (ver cuadro 2 y Gráfica 3).

Gráfica 3. Enseña el crecimiento empresarial del sector salud en Santa Marta por activos anuales



Fuente: Cálculos elaborados por los autores, con base en información suministrada por la Cámara de Comercio de Santa Marta.

Ahora bien, sobre el comportamiento del sector en cuanto a activos, este no ha sido parejo, presenta fluctuaciones muy disímiles, lo que hace que su ciclo sea inconstante, hecho dado básicamente a que la constitución de las empresas, fuera de ser discontinuo y/o intermitente, está representada por organizaciones de tipo micro y pequeñas empresas, con notadas excepciones que son las que a la postre marcan la diferencia y elevan los picos del ciclo, como lo muestra el cuadro 2 y la Gráfica 3, donde 1998 está representando la mayor dinámica económica con un 39.20%, no obstante estar precedida por 19 empresas constituidas ese año, sólo una es significativa que registra el 88.57% del indicador, es el caso de la Clínica Mar Caribe con \$12.389.388.566.00 de los \$13.987.567.199,00, que se evidencian ese año (*Ver cuadro 2 y Anexo A*), seguido por 2001 y 1995 con \$6.252.824.537.00 y \$4.245.014.196.00 que representan el 17.52% y el 11.90% respectivamente.

El comportamiento económico del sector teniendo en cuenta el caso de los activos, este estuvo basado en que los cinco primeros años de la investigación fue precedida por una inestabilidad financiera, producto del bajo índice presentado por empresas creadas en décadas anteriores al periodo objeto estudio, ya que sólo para la década del ochenta fueron creadas única y exclusivamente ocho (8) empresas, de las cuales una (1) fue creada en 1980, tres (3) en 1985, una (1) en 1986 y tres (3) en 1989, para un gran total de activos de \$11.213.524.092.00 teniendo al año 1989 con el de

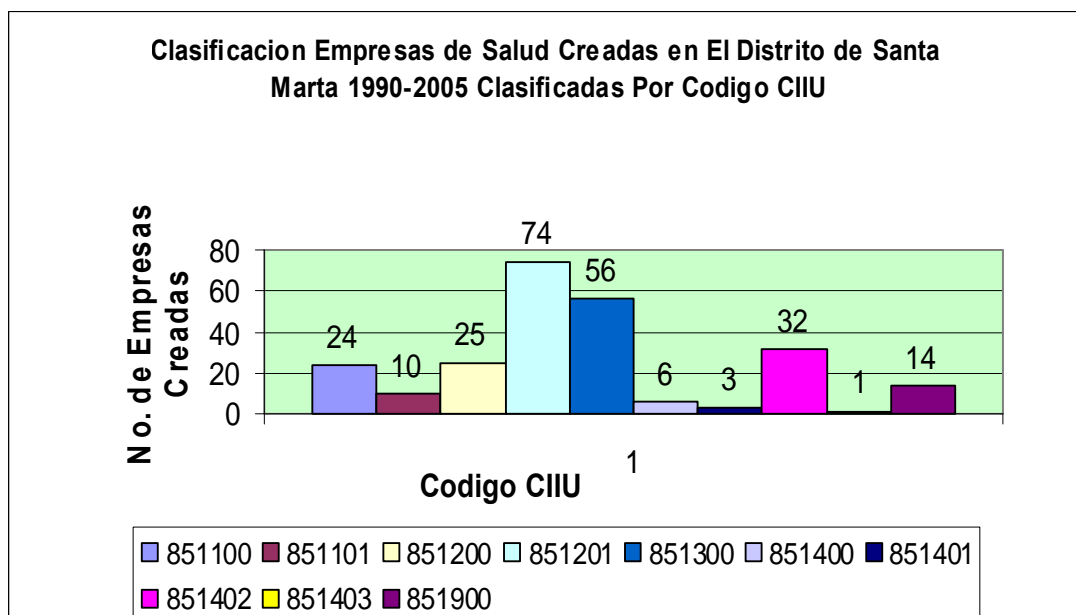
mayor rendimiento económico, puesto presenta \$11.207.514.092 equivalente al 99.94%, mientras que para 1990-2005 de las 34 empresas constituidas se registraron \$9.587.570.271.00 por activos para un total de 26.87%; para el caso 1996-2000, la tendencia es hacia un alza de casi un 20%, pues se pasa a incrementar la ponderación a 46.08%, relativo a 121 empresas constituidas como se mencionó en el párrafo anterior con una valoración de \$16.440.473.574,00; seguidamente para el quinquenio ulterior este porcentaje se reduce en 19.03%, puesto decrece de 46.08% a 27.05%, correspondiente a \$ 9.651.955.223,00 por 153 empresas emprendidas.

Aquí se puede apreciar, que a pesar de incrementarse paulatinamente la cantidad o número de empresas creadas, el quinquenio de 1996-2000, es el de mayor crecimiento económico en cuanto a activos se refiere y básicamente está caracterizado por los argumentos y/o motivos antes expuestos.

Por otro lado, estas empresas de acuerdo a codificación para la identificación unificada internacional CIIU, de las 308 empresas registradas desde 1990 a 2005, 291 aparecen categorizadas por codificación independiente, mientras que las 17 restantes emergen sin clasificación específica, ya que por agencias o sucursales, sólo aparecen inscritas para legalizar sus actividades comerciales en la ciudad, no obstante fueron emprendidas y por tanto registradas en otra jurisdicción. Ahora bien, de esas 291 que aparecen clasificadas, el código por actividad de servicios de salud N851201 es en el que más empresas constan, que hace alusión a Centros médicos y consultorios privados de medicina general y especializada sin internación, apareciendo en él 74 organizaciones creadas, correspondiente al 30.20%, seguido en su orden de importancia de los códigos N851301 y 851202, 851402, que significan: actividades de la práctica odontológica, entidades prestadoras de salud y laboratorios de análisis clínicos con 56 y 32 empresas creadas para un total de 22.86% y 13.06% respectivamente, como enseña el cuadro 3 y la gráfica 4, los cuales fueron extraídos según datos de la Cámara de Comercio y de la clasificación código CIIU (Ver anexo A y Anexo B).

Gráfica 4. Muestra la clasificación de empresas de salud creadas en Santa Marta 1990-2005 clasificadas por Código CIIU





Fuente: Cálculos elaborados por los autores, con base en información suministrada por la Cámara de Comercio de Santa Marta.

En cuanto a la forma de constitución jurídica, las personas naturales son las que armonizan el panorama del sector con el mayor porcentaje, los cuales representan en el ejercicio de su actividad profesional como empresario independiente el 66.32% de las entes creados en Santa Marta, haciendo salvedad que aparecen registradas en Cámara de Comercio 308 empresas, sin embargo 17 de ellas emergen como agencias o sucursales de entidades constituidas en otras partes del país, sin embargo al montar su sede en la jurisdicción por desarrollar actividades comerciales, por ordenamiento jurídico-legal les toca registrarse, estableciéndose así que sólo 291 empresas, son las fomentadas en Santa Marta, de ahí que 193 sean personas naturales y posea el porcentaje con que se valora.

A lo sumo, las sociedades de responsabilidad limitada y las empresas unipersonales, son las que siguen en concordancia con la ponderación resultante, pues las cifras nos indican que las primeras preceden con 67 empresas para un total de 23.02%, seguidas de 23 organizaciones con 7.90% respectivamente (Ver cuadro 4 y Gráfica 5).

Cuadro 3. Muestra la clasificación de empresas de salud creadas en Santa Marta 1990-2005 clasificadas por Código CIU

Código CIU	No. Empresas	%	ACTIVOS POR CODIGOS
------------	--------------	---	---------------------

851100	24	9,80%	\$ 6.346.551.411
851101	10	4,08%	\$14.075.537.199
851200	25	10,20%	\$ 308.849.448
851201	74	30,20%	\$ 7.346.964.549
851300	56	22,86%	\$197.600.000
851202	32	13,06%	\$657.392.749
851203	3	1,22% <sup>3</sup>	\$ 6.700.000
851400	6	2,45%	\$188.294.501
851401	3	1,22%	\$1.394.032.760
851402	32	13,06%	\$ 3.207.698.772
851403	1	0,41%	\$ 3.800.000
851200	11	4,49 %	\$ 13.495.000
851900	14	5,71%	\$69.329.000
<b>TOTAL EMPRESAS</b>	<b>291</b>	<b>100%</b>	

Fuente: Cálculos elaborados por los autores, con base en información suministrada por la Cámara de Comercio de Santa Marta.

La tendencia de personas natural en proporción de importancia, da una luz de lo que realmente es el sector de la salud en Santa Marta, confirmando lo dicho en párrafos anteriores donde la mayor correlación la tienen las micro y pequeñas empresas.

Cuadro 4. Ilustra la forma de Organización Jurídica presentan las empresas de salud de Santa Marta 1990 - 2005

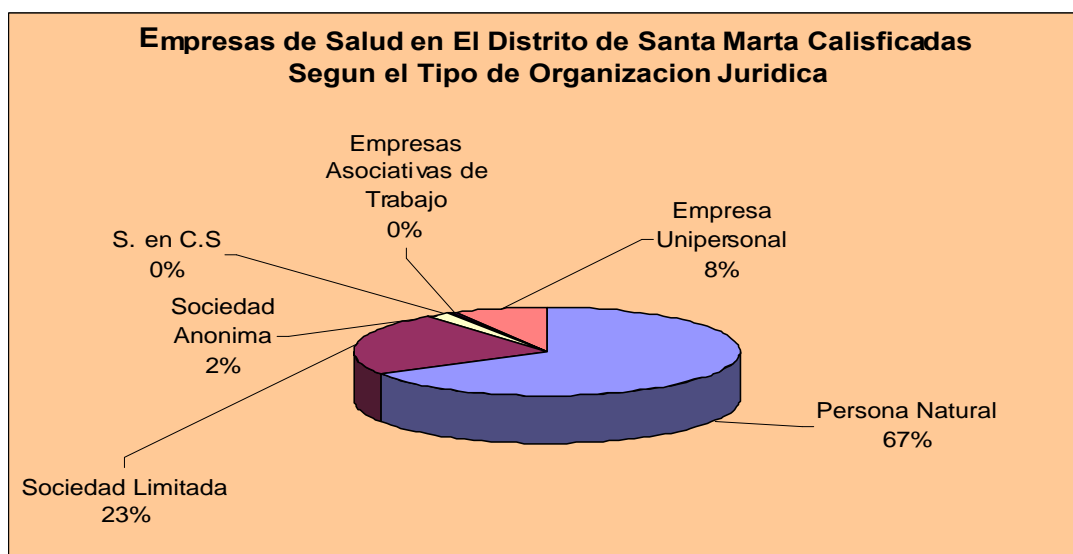
Organización Jurídica	No. Empresas	%
Persona Natural	193	66,32%
Sociedad Limitada	67	23,02%
Sociedad Anónima	6	2,06%
Sociedad en Comandita Simple	1	0,34%
Empresas Asociativas de Trabajo	1	0,34%
Empresa Unipersonal	23	7,90%
<b>TOTAL EMPRESAS</b>	<b>291</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Cálculos elaborados por los autores, con base en información suministrada por la Cámara de Comercio de Santa Marta.

Al hacer un paralelo de la categorización de empresas a partir de su clasificación teniendo en cuenta la especialización de activos, nos damos cuenta que la que mayor porcentaje presenta es la del código 851101 con sólo 10 empresas creadas que hace alusión a Hospitales, clínicas, sanatorios

y otras instituciones de servicios de salud con internación con \$14.075.537.199.00, seguido por el código 851201, 851100 y 851402, que conciernen a Centros médicos y consultorios privados de medicina general y especializada sin internación; Actividades de las instituciones prestadoras de servicios de salud, con internación y por último laboratorios de análisis clínicos con \$7.346.964.549.00, \$6.346.551.411.00 y \$3.207.698.772,00 correspondientemente (Ver cuadro 3).

Gráfica 5. Ilustra la forma de Organización Jurídica presentan las empresas de salud de Santa Marta 1990 – 2005



Fuente: Cálculos elaborados por los autores, con base en información suministrada por la Cámara de Comercio de Santa Marta.

Fuera de lo anterior, de las 17 empresas de salud foráneas que tienen sede en Santa Marta, 14 corresponde a agencias y tres (3) a sucursales, para una ponderación de 5.52% sobre la cantidad total de compañías registradas en la ciudad; asimismo 98 son sociedad jurídica principal, que representa un indicador de 31.82% y como se había dicho antes 193 son personas naturales, atinentes a 66.62%, para así completar la cifra absoluta de 308 organizaciones registradas en el Distrito, situación que es reflejada en el cuadro 5 y gráfica 6.

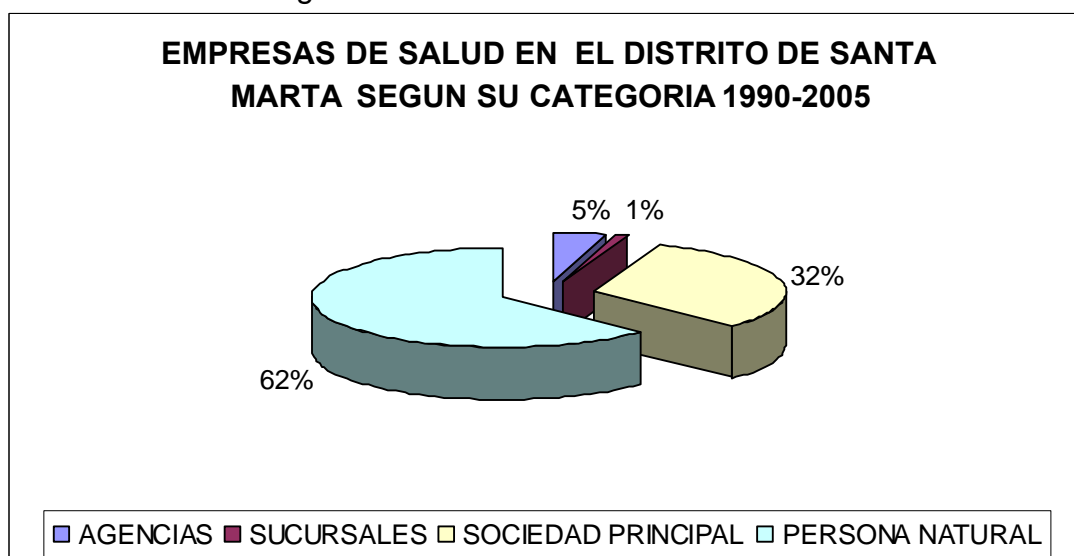
Cuadro 5. Muestra las categorías que tienen las empresas de salud registradas en Santa Marta 1990 - 2005

CATEGORIAS	TOTAL DE EMPRESAS	%
------------	-------------------	---

AGENCIAS	14	4,55%
SUCURSALES	3	0,97%
SOCIEDAD PRINCIPAL	98	31,82%
PERSONA NATURAL	193	62,66%
<b>GRAN TOTAL</b>	<b>308</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cálculos elaborados por los autores, con base en información suministrada por la Cámara de Comercio de Santa Marta.

Gráfica 6. Muestra las categorías que tienen las empresas de salud registradas en Santa Marta 1990 - 2005



Fuente: Cálculos elaborados por los autores, con base en información suministrada por la Cámara de Comercio de Santa Marta.

Sobre disolución o liquidación de empresas, según los datos que arroja la Cámara de Comercio, de acuerdo a su base de datos, el sector a pesar de todas las vicisitudes e incertidumbres que ha mostrado, presenta una gran solidez en cuanto a este ítem, por cuanto de las 308 empresas de salud registradas en el periodo 1990-2005, solamente una (1) empresa ha entrado en proceso de liquidación, queriendo decir que sólo el 0.0032% se encuentra en disolución, empresa que hace referencia a una sociedad principal de responsabilidad limitada con razón social "Asomedi Ltda.", creada el 30 de julio de 1998, con actividad de código CIIU N851202, equivalente a Entidades prestadoras de salud (EPS) y objeto social definido en: consulta médica general y especializada. Hospitalización y cirugía, con fecha de disolución 22 de marzo de 2006, argumentado razones de iliquidez por la poca captación de recursos, producto de la escasa cobertura de afiliados, argumentando que fue imposible realizar dichas afiliaciones debido a la

robustez y oligopolio que presentan las grandes empresas promotoras de salud, de corte nacional.

## **8. ANÁLISIS DEL CRECIMIENTO DEL SECTOR A PARTIR DEL PERFIL DEL EMPRESARIO DEL SECTOR SALUD CON SERVICIOS MÉDICOS ASISTENCIALES.**

De las 69 empresas del sector salud con servicios médicos asistenciales, que colaboraron con las entrevistas, entre las que se encuentran según código CIIU: Actividades de las instituciones prestadoras de servicios de salud con internación, Hospitales, clínicas, sanatorios y otras instituciones de servicios de salud con internación; Actividades de la práctica médica; Centros médicos y consultorios privados de medicina general y especializada sin internación; Entidades prestadoras de salud (EPS) y Consultorios de homeopatía y medicina bioenergética, se puede decir que el sector presenta las siguientes características:

Del 100% de los empresarios entrevistados, el 59% de ellos, expusieron que sus entidades están constituidas como persona natural, pues, la mayoría de ellos financiaron sus empresas con ahorros propios; lo que los convierte en propietarios únicos y por ello están inscritos en el registro mercantil como persona natural.

Cuadro 6. Forma jurídica de las empresas de Salud en Santa Marta.

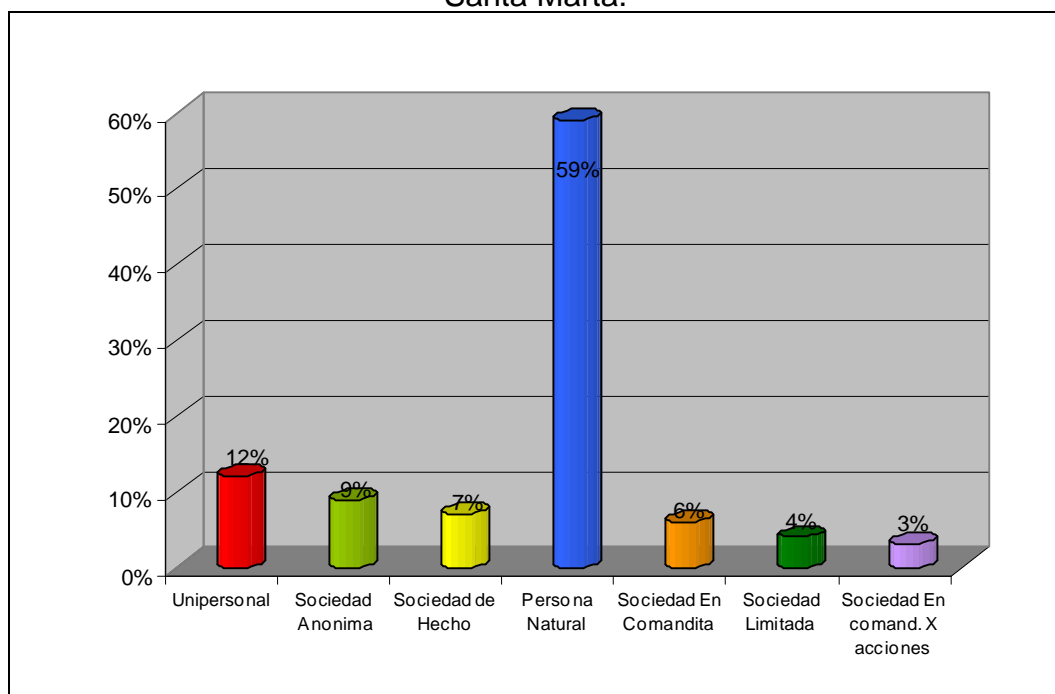
FORMA JURÍDICA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA
Unipersonal	8	12%
Sociedad Anónima	6	9%
Sociedad de hecho	5	7%
Persona natural	41	59%
Sociedad en comandita simple	4	6%
Sociedad de responsabilidad limitada	3	4%
Sociedad en comandita por acciones	2	3%
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cálculos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud de Santa Marta.

Además, éste tipo de formación jurídica, le permite al empresario gestionar personalmente su empresa y obtener mayor utilidad y menor tramitología en el proceso de constitución. Seguidamente con el 12% correspondiente a empresas unipersonales, ya que este tipo de formación jurídica, representa mayor ganancia y menos impuestos que cualquier otra sociedad mercantil. El 9% se crearon como sociedad anónima debido a que el empresario no disponía del capital mínimo de constitución y se sintió obligado a buscar un socio ideal. El 7% son sociedades de hecho, este tipo de sociedad, tiene como base un acuerdo, o un contrato ya expreso, ya tácito o implícito; es una comunidad de hecho, que no es otra cosa que una simple situación de hecho, capaz de producir efectos jurídicos, de donde resulta un estado de integridad, la que tiene su fuente en un contrato.

Esta sociedad tiene las mismas condiciones las de las sociedades regulares, pues lo que les falta es únicamente el cumplimiento de circunstancias exteriores o formales del contrato, es decir, las solemnidades, como por ejemplo: la emisión de escritura pública y/o de su inscripción o publicación de un extracto de la misma en el Registro de Comercio, de la misma forma se justifica que esta clase de sociedad no tiene complicaciones a la hora de su constitución y su tramitología es por eso que los empresarios se inclinan en gran mayoría por esta tipo de sociedad.

Gráfica 7. Forma jurídica de las empresas de Salud en Santa Marta.



Fuente: Cálculos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de Salud de Santa Marta.

Con el porcentaje del 6% son sociedades en comanditas simples el cual, es la que existe según el Artículo 51 del Código de Comercio, bajo una razón social y se compone de uno o varios socios comanditados que responden, de manera subsidiaria, ilimitada y solidariamente, de las obligaciones sociales, y de uno o varios comanditarios que únicamente están obligados al pago de sus aportaciones.

El 4% se conformaron como sociedad de responsabilidad limitada; formación jurídica que permite al empresario limitar su responsabilidad al monto de sus aportes, en caso de que la empresa quiebre y por último, el 3% fue constituido como sociedad en comandita por acciones, el cual hace

referencia a que posee dos categorías de socios como son: los comanditados y comanditarios, en donde la primera, responde por las obligaciones sociales como los socios de la sociedad colectiva. En cambio, la segunda categoría limita su responsabilidad hasta el monto del capital que suscribe. Sólo los aportes de los comanditarios se representan en acciones. Dentro de este grupo aparece una organización que opera bajo el estilo empresarial denominado famiempresa. (Ver cuadro 6 y gráfica 7).

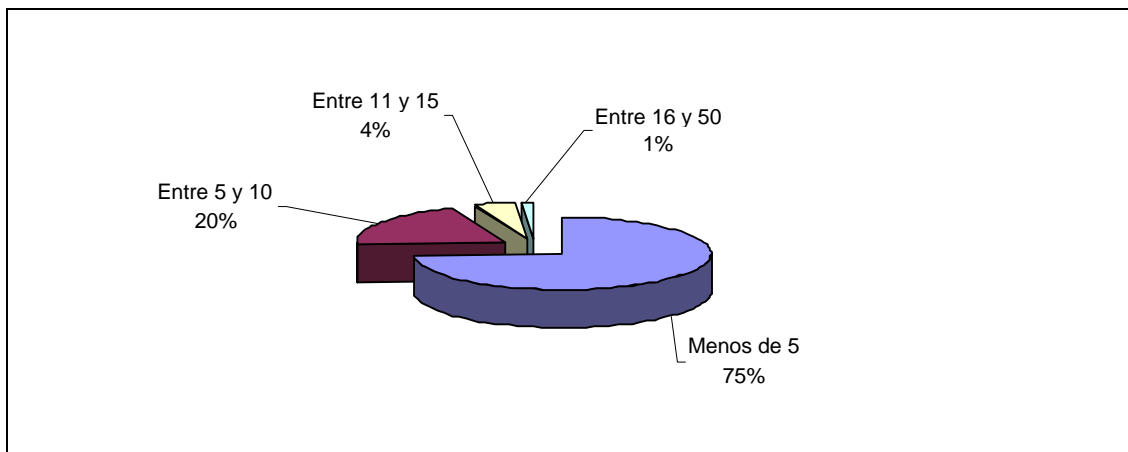
Ahora, con el propósito de analizar el crecimiento del sector a partir del número de empleados; en los cuadros 7 y 8 y gráficas 8 y 9 se muestran la cantidad de empleados que tenía la empresa al momento de su creación vs. los que tiene actualmente.

Cuadro 7. Empleados que tenía la empresa en el año de su creación.

NÚMERO DE EMPLEADOS	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA
MENOS DE 5	51	75%
ENTRE 5 Y 10	14	20%
ENTRE 11 Y 15	3	4%
ENTRE 16 Y 50	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cálculos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médico asistencial de Santa Marta.

Gráfica 8. Empleados que tenía la empresa en el año de su creación.



Fuente: Cálculos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud de Santa Marta.

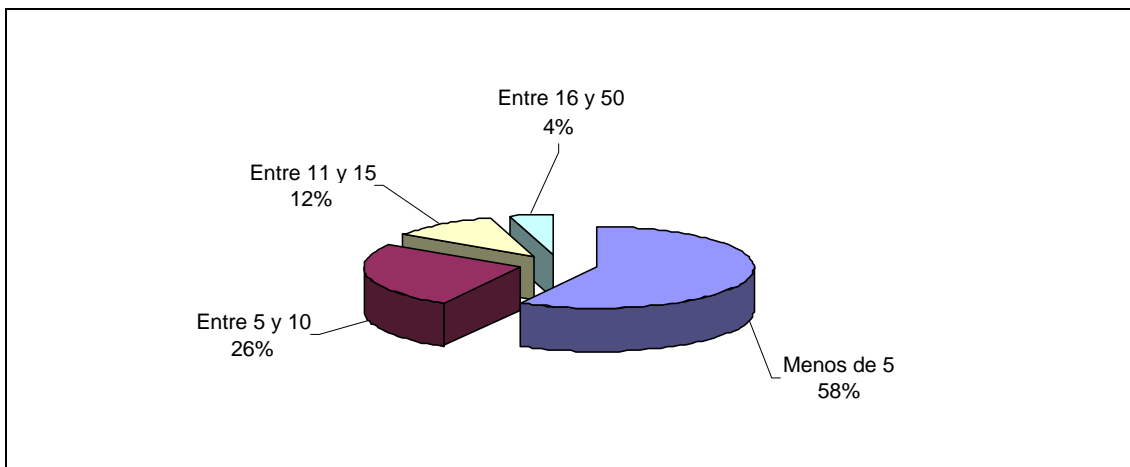


Cuadro 8. Empleados que tiene la empresa en la actualidad.

NÚMERO DE EMPLEADOS	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA
MENOS DE 5	40	58%
ENTRE 5 Y 10	18	26%
ENTRE 11 Y 15	8	12%
ENTRE 16 Y 50	3	4%
<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cálculos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta.

Gráfica 9. Empleados que tiene la empresa en la actualidad.



Fuente: Cálculos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta.

En términos generales, las organizaciones del sector salud con servicios médicos asistenciales en Santa Marta no muestran un gran crecimiento interno, ya que, muchas empresas han reducido el número de empleados en sus instalaciones mientras que otras, se han mantenido en el mismo nivel.

Inicialmente, existían cincuenta y uno (51) establecimientos de salud operando con menos de 5 (cinco) empleados, catorce (14) tenían entre 5(cinco) y diez (10) empleados, 3 (tres) trabajaban en un nivel de once (11) y quince (15) trabajadores y 1 (uno) sólo funcionaba entre un rango de dieciséis (16) y cincuenta (50) empleados. En la actualidad, existen cuarenta (40) organizaciones con menos de 5 (cinco) empleados; lo que indica que once (11) empresas aumentaron su número de trabajadores a rangos más altos. Ahora, de las catorce (14) empresas que tenían en su momento de

creación entre cinco (5) y diez (10) trabajadores, cuatro (4) se sumaron a este rango, ya sea; o porque unas pasaron de menos de 5 (cinco) a entre 5 (cinco) y diez empleados o porque otras de rangos más altos las disminuyeron a entre 5 (cinco) y diez (10) empleados. De las 3 (tres) empresas que funcionaban con empleados entre once (11) y quince (15), 5 (cinco) se sumaron a este nivel proviniendo claramente de rangos menores. En lo que respecta a la empresa que inició con trabajadores entre dieciséis (16) y cincuenta (50), solamente 2 (dos) se sumaron al rango mencionado. (Ver cuadro 9)

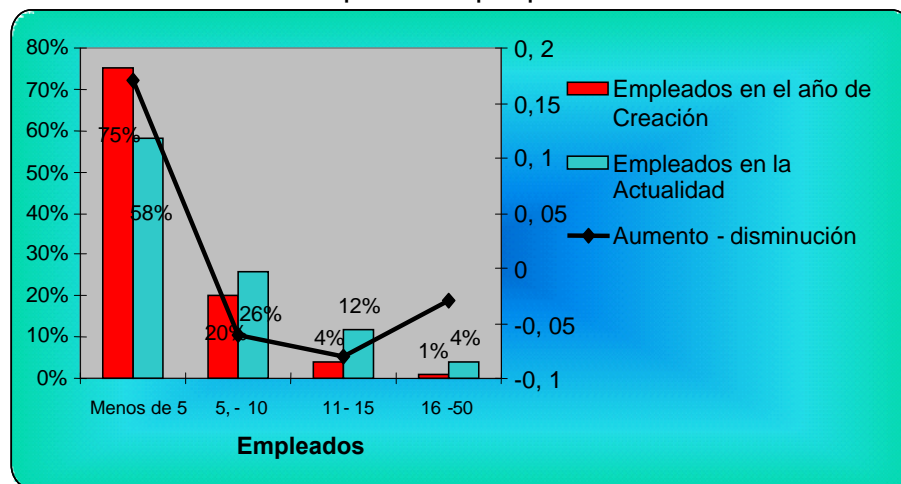
Cuadro 9. Relación de empleados que tenía la empresa en el año de su creación vs. empleados que posee actualmente.

<b>V.S</b>		Empleados que tiene la empresa en la actualidad				<b>Total</b>
		Menos de 5	Entre 5 y 10	Entre 11 y 15	Entre 16 y 50	
Empleados que tenía la empresa en el año de su creación	Menos de 5	37	7	5	2	<b>51</b>
	Entre 5 y 10	2	11	1		<b>14</b>
	Entre 11 y 15	1		2		<b>3</b>
	Entre 16 y 50				1	<b>1</b>
<b>Total</b>		<b>40</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>69</b>

Fuente: Cálculos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud de Santa Marta.

Este pobre crecimiento en cuanto a número de empleados en clínicas, IPS, centros médicos y demás empresas del sector con servicios médicos asistenciales, probablemente obedezca a la falta de utilidades ocasionadas por el bajo nivel de ocupación que genera la actividad, por los aspectos legales, que ella conlleva, es el caso del precio de los productos ofrecidos, los cuales están ordenados por la Ley 100/93 y demás normas concordantes, que no permite cobrar más de lo estipulado para cada producto y/o servicio prestado, establecidos por el Plan Obligatorio de Salud

Gráfica 10. Relación de empleados que tenía la empresa en el año de su creación vs. empleados que posee actualmente.



Fuente: Cálculos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas Realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta.

Las pocas organizaciones que han crecido internamente han hecho una inversión para mejorar el servicio e infraestructura y les ha dado resultado. Sin embargo, no son ajenas al fenómeno de la baja cobertura de afiliaciones que posee el sistema general de participaciones, debido a que permanentemente las grandes empresas nacionales aumentan su cobertura, restando así posibilidad a las micro y pequeñas empresas mantenerse en el mercado; fuera de eso, estas grandes empresas, con el fin de disminuir costos operacionales, especialmente por las estancias hospitalarias y prolongadas que presentan los pacientes terminales y/o crónicos degenerativos, contrata profesionales independientes para que presten sus servicios como empleados, pero bajo el estilo de domicilio y/o de visita domiciliaria, circunstancia que hace que se le reste la posibilidad a las pequeñas empresas de ofrecer sus servicios, por lo oneroso que resultaría mantener dichos pacientes en condiciones de hospitalización; No obstante, algunos empresarios comentaron que, a pesar de la mejoras, el porcentaje de ocupación anual sigue siendo bajo.

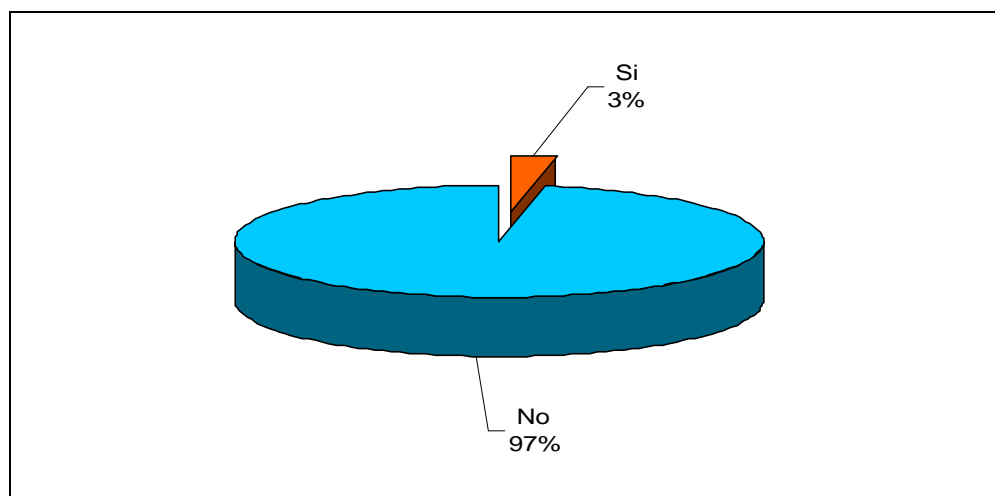
Cuadro 10. Número de empresas del sector Salud con servicios Médicos Asistenciales en Santa Marta con alta tecnología.

ALTA TECNOLOGÍA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA
SI	2	3%
NO	67	97%
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta.

En términos generales, en Santa Marta pocas empresas de salud manejan alta tecnología tanto en sus equipos como en sus procesos. Esta posición fue justificada en el hecho de no contar con recursos económicos suficientes para una inversión de tal magnitud. El 3% del total de los entrevistados, afirmaron que su empresa tiene alta tecnología. Ellos, aseguran que tener unos computadores, una sala de quirófano, y servicios de comunicaciones como fax e Internet, responde a un alto nivel tecnológico. (Ver cuadro 10 Gráfica 11)

Gráfica 11. Número de empresas del sector Salud con servicios Médicos Asistenciales en Santa Marta con alta tecnología.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Lo anterior es totalmente falso si se compara con la tecnología actual empleada en hospitales y clínicas del mundo y más cuando nunca investigan e invierten para patrocinar actividades de innovación y desarrollo. Dentro de éstos procesos tecnológicos modernos se encuentran tarjetas de seguridad para apertura electrónica de puertas, conexión sin cables (WIFI), Televisión a la carta en habitaciones, sistema de información y contratación de servicios desde la pantalla de plasma de la habitación, climatización inteligente, programas informáticos que controlan las luces de ambientación, cabinas de traducción simultánea en las salas de reuniones, teléfonos multilínea, videoconferencias, robots de limpieza, sensores de luz, cuadro de mandos en la cabecera de las camas para subir la persiana, entre otros. Un ejemplo de empresa con alta tecnología en el mundo, es el hospital de NEW YORK, el cual cuenta con habitaciones y suites equipadas con un sistema electrónico de avanzada que permite a los pacientes controlar su ambiente con el toque de un dedo. Además tiene teléfonos de discado directo con líneas duales, acceso directo a Internet de alta velocidad y acceso a Internet

inalámbrico, teléfono con capacidad de manos-libres en los cuartos de baño, control multifuncional al lado de la cama y una característica especial llamada “bar de agua”, el cual ofrece agua embotellada ilimitada además de aguas burbujeantes, entre otros servicios, eso sin contar lo de la parte procedimental-quirúrgica donde constantemente están innovando por el alto nivel de investigación y desarrollo que poseen.

Por lo explicado en el párrafo anterior, se nota que tecnológicamente el desarrollo de la actividad empresarial en el sector salud en Santa Marta se ha estancado y que; el bajo nivel de escolaridad de algunos empresarios determina el pobre concepto que tienen ellos de tecnología, ya que lo califican como un conjunto de equipos de computación y comunicación con buena tecnología, olvidándose por completo de los procesos y la dinámica de innovación permanente, procedente de deducciones de investigación y desarrollo, y más cuando por cultura y tradición el samario no invierte recursos ni tiempo por investigar y mejorar sus desempeño, hechos que se demuestran con los pobres resultados que se evidencian en publicaciones sobre el ramo y la puesta en práctica de nuevos conocimientos.

Cuadro 11. Ilustra el sexo del empresario de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta.

<b>SEXO</b>	<b>FRECUENCIA RELATIVA</b>	<b>FRECUENCIA ABSOLUTA</b>
<b>MASCULINO</b>	<b>43</b>	<b>62%</b>
<b>FEMENINO</b>	<b>26</b>	<b>38%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>

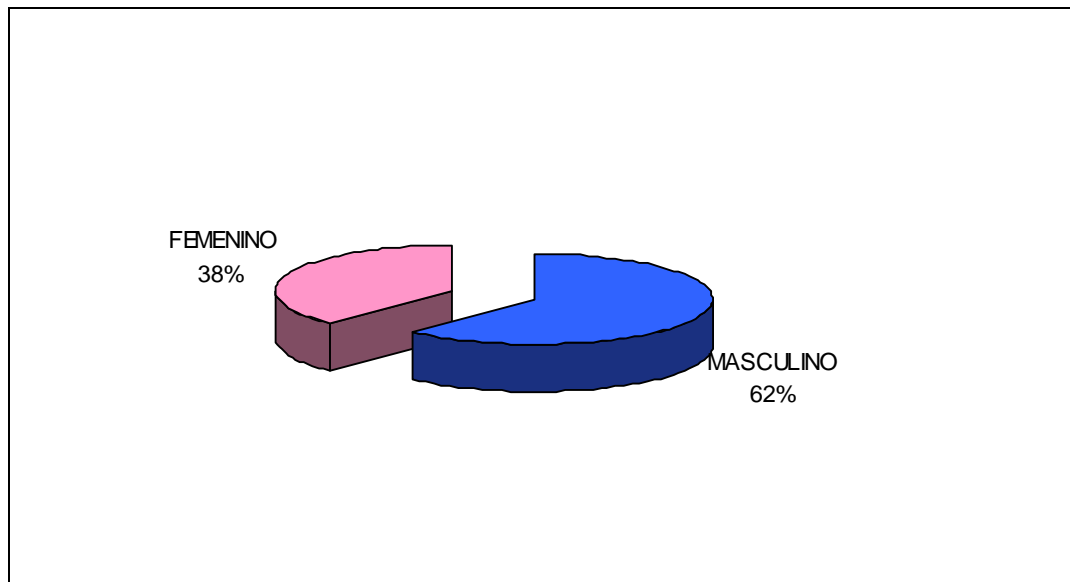
Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Como se observa en el cuadro 11 y la gráfica 12, del 100% de los empresarios entrevistados, el 62% son hombres y el 38% son mujeres.

Si ahondamos este fenómeno desde el punto de vista sociocultural, se podría decir que tradicionalmente en Colombia y el mundo han sido los hombres los que han formado la mayor cantidad de empresas existentes, debido al rol de proveedor de empresas que les ha impuesto la sociedad. En cualquier arte u oficio, se puede observar la presencia de un hombre, mientras que a la mujer se le discrimina en ciertos campos. Además, la sociedad en Colombia es machista y muchos hombres no permiten que sus esposas emprendan proyectos, porque creen que ésta es una obligación exclusiva de ellos. Es por eso, que a la mujer siempre se le ha visto en su rol de preservar la armonía del hogar, de criar los hijos, de cuidar a los mayores y hacer el

trabajo hogareño. No obstante, en la actualidad esto ha variado en forma notable.

Gráfica 12. Sexo del empresario de salud con servicios médicos asistenciales en la ciudad de Santa Marta



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Indudablemente, Santa Marta no ha sido ajena a ésta tendencia sociocultural y de ahí la existencia de mayor cantidad de hombres que mujeres dentro del empresariado local. Una particularidad que observó el grupo investigador, dentro del sector salud, fue que la mayoría de los propietarios de las empresas especializadas en servicios de diagnósticos sin intervención quirúrgica y hospitalización en la ciudad son mujeres, mientras que la mayoría de los dueños de empresas de salud donde hacen intervenciones quirúrgicas con hospitalización son hombres.

Sin embargo, el número de mujeres empresarias en Colombia ha aumentado considerablemente por muchas razones; entre las cuales se destaca la búsqueda de la independencia financiera, la satisfacción personal, la liberación femenina y la necesidad de sacar sus hijos adelante; ya que algunas son madres solteras.

No obstante, si se analiza desde el punto de vista psicológico, recientes estudios han concluido que las mujeres son más creativas, más audaces y descubren oportunidades donde los hombres no las ven; cualidades importantes que requiere un individuo para tener espíritu emprendedor.

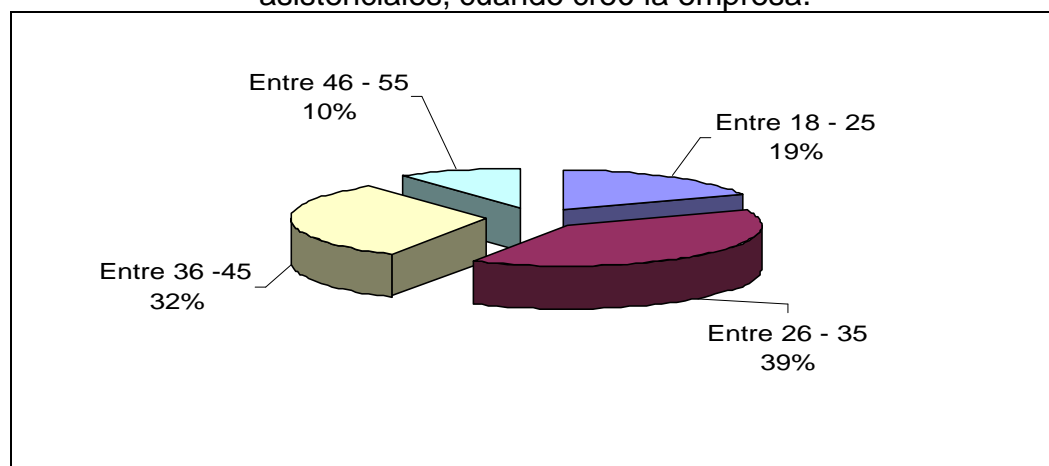
Cuadro 12. Edad del empresario de salud con servicios médicos asistenciales, cuando creó la empresa.

EDAD	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA
ENTRE 18 Y 25 AÑOS	13	19%
ENTRE 26 Y 35 AÑOS	27	39%
ENTRE 36 Y 45 AÑOS	22	32%
ENTRE 46 Y 55 AÑOS	7	10%
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Según cuadro 12 y gráfica 13, de sesenta y nueve (69) empresarios entrevistados, veintisiete (27) crearon sus empresas cuando tenían entre 26 y 35 años; otro grupo de veintidós (22) propietarios contestaron que tenían entre 36 y 45 años cuando formaron su empresa, trece (13) respondieron que tenían entre 18 y 25 años y por último 7 (siete) de ellos afirmaron haber creado su organización cuando tenían entre 46 y 55 años.

Gráfica 13. Edad del empresario de salud con servicios médicos asistenciales, cuando creó la empresa.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Como se observa, la mayoría del empresariado ha emprendido su negocio en una etapa culturalmente considerada la “edad madura” donde se supone que ya tiene una familia por sacar adelante, ya es una persona con mayor responsabilidad y la edad es poco favorable para obtener un empleo. Además, las personas en esta edad empiezan a experimentar un cambio de

actitud, de pensamientos, de metas y de prioridades que las motiva aún más, a materializar su idea de negocio. A esta edad, otros propietarios, como son personas nativas de regiones donde impera una cultura de ahorro; pudieron haber reunido a base de esfuerzo y trabajo; parte del capital requerido para la constitución de sus organizaciones. Otros, encontraron los socios idóneos para asociarse.

Cuadro 13. Nivel de estudios del empresario de Salud con servicios Médicos Asistenciales en Santa Marta.

NIVEL DE ESTUDIOS	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA
PRIMARIOS	12	17%
SECUNDARIOS	27	40%
UNIVERSITARIOS	21	31%
TÉCNOLÓGICOS	7	10%
ESPECIALIZACIÓN	1	1%
DOCTORADO	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

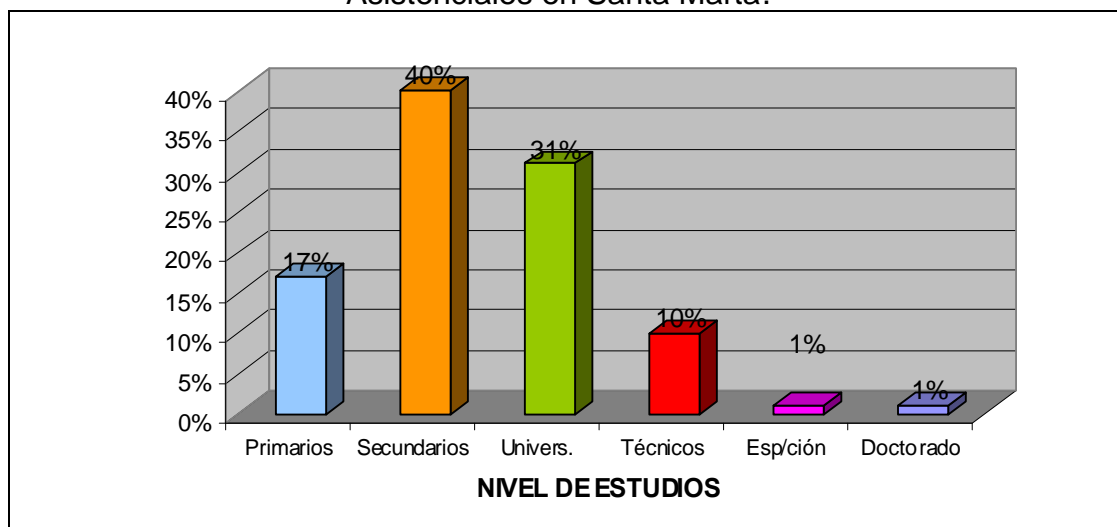
Según las cifras estadísticas, el 40% de los dueños de las empresas que contestaron las entrevistas tienen un nivel académico hasta estudios secundarios, seguido de los universitarios con un porcentaje del 31% y otros con estudios primarios representando un promedio del 17% de la muestra. (Ver cuadro 13 y Gráfica 14). La explicación del bajo nivel educativo en el empresario de salud, radica en que son los padres de los profesionales de la salud, los que son propietarios de las empresas, ya que estos usualmente son comerciantes por tradición y al ver que sus hijos ya egresados como profesionales de la medicina y no conseguían trabajo debido a la escasa oferta laboral para ellos, se vieron obligados en montarles un negocio para que pudieran ejercer cabalmente su profesión y así hacer su propia autogestión; cabe destacar que la propiedad del negocio recae sobre los padres, pero la dirección y/o administración del negocio sobre los hijos que son los que verdaderamente tienen el perfil para administrar la empresa.

Como se puede observar, estos son los tres niveles de formación académica que predominan en el empresariado de Salud con servicios Médicos Asistenciales samario. Es por esta razón, que no existe un exclusivo nivel de escolaridad para determinar la capacidad de emprendimiento; sino, es una cuestión que va ligado con la voluntad de la persona, con el deseo de llevar a cabo una idea de negocio, con la iniciativa individual de las personas, con los rasgos de la personalidad. De aquí, la importancia de la teoría del empresario de Kirzner. Entonces, las cifras son contundentes al mostrar que



el propietario de los establecimientos de atención de la salud en Santa Marta, es empresario más por su voluntad que por su preparación académica.

Gráfica 14. Nivel de estudios del empresario de Salud con servicios Médicos Asistenciales en Santa Marta.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Cabe anotar, que algunos empresarios manifestaron que la experiencia que han tenido en cuanto a manejo de empresas en general, y en especial la de comercio, fue determinante a la hora de crear su propio negocio sin importarles su bajo perfil académico.

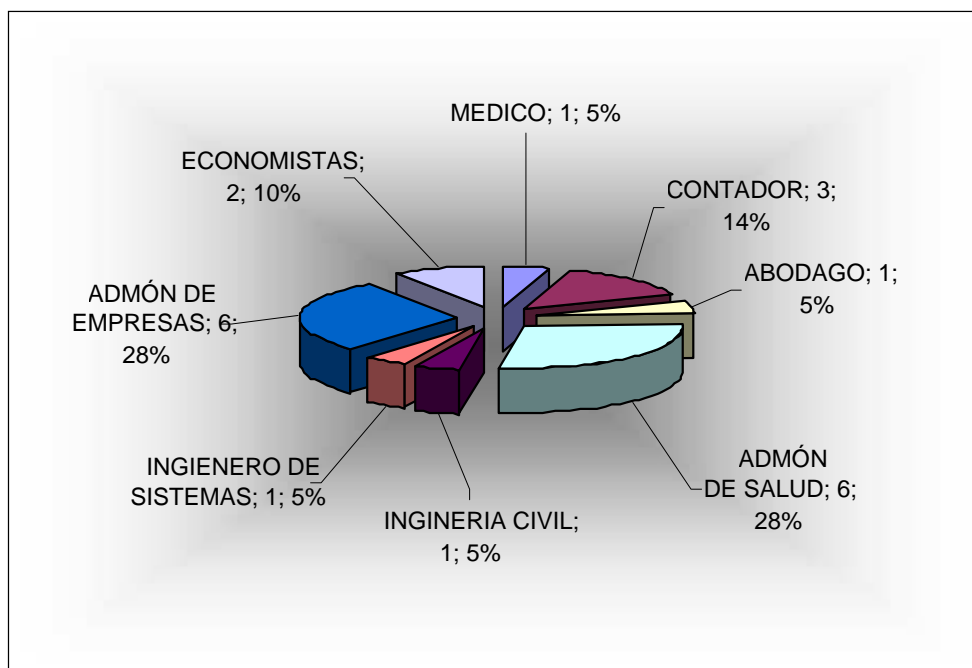
Cuadro 14. Clase de formación universitaria del empresario de Salud con servicios Médicos Asistenciales en Santa Marta.

CLASE DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA	FRECEUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA
MEDICO	1	5%
CONTADOR	3	14%
ABOGADO	1	5%
ADMINISTRADOR DE SALUD	6	28%
INGIENERIA CIVIL	1	5%
INGENIERO DE SISTEMAS	1	5%
ADMINISTRADOR DE EMPRESAS	6	28%
ECONOMISTAS	2	10%
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Ahora, de esos 21 propietarios con formación académica universitaria, seis (6) de ellos manifestaron ser Administradores de Salud, seis (6) son Administradores de Empresas, tres (3) son Contadores, dos (2) son Economistas, hay un (1) Médico, un (1) Abogado, un (1) Ingeniero de Sistemas y otro es Ingeniero Civil (*Ver cuadro 14*), dejando ver poca participación de los profesionales egresados de las ciencias de la salud, situación que se puede derivar en la carencia que tienen los planes de estudios de cursos atinentes al emprendimiento, de fomentar el espíritu empresarial y por supuesto sobre las ventajas de crear su propia empresa y la incidencia que ésta tiene en el desarrollo económico y social de las regiones, además que socioculturalmente, según Alarcón (1995) y Elías y Acevedo (2006), la tendencia del samario es ser empleado y no empresario, con un alto grado de dependencia y apego hacia las finanzas públicas y poca generación de actividades de gestión y autosostenibilidad<sup>126</sup>.

Gráfica 15. Clase de formación universitaria del empresario de Salud con servicios Médicos Asistenciales en Santa Marta.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

<sup>126</sup> ALARCÓN MENESES, Luís (1995) "*Rentas y Finanzas Públicas en el Magdalena Durante el Régimen Federal 1857 – 1886*" Revista Huellas Ediciones Universidad del Norte Nro. 45 Mes de Diciembre. Pp. 18 – 29. y ELIAS CARO, Jorge Enrique, ACEVEDO ACEVEDO, Álvaro (2006) "*La Creación de Empresas Industriales en el Departamento del Magdalena Durante el Último Cuarto del siglo XX*". Revista de Estudios Regionales del Banco de la República. Bogotá D.C Pág. 40

Dentro de los empresarios de salud con formación universitaria, los administradores son los más idóneos para ser empresarios con éxito porque guardan alta afinidad con la actividad empresarial. Además los Administradores de Empresas son formados bajo criterios de emprendimiento, pueden desarrollar características de un verdadero empresario, conocen todo el proceso de planificación y gestación de una empresa y son personas que tienen el conocimiento amplio de lo que es el empresarismo. Ello, refleja el alto número de éstos profesionales, dentro del grupo de empresarios universitarios radicados en la ciudad de Santa Marta.

Cabe recordar, que la administración de salud es una formación especializada en el servicio de empresas de salud, la cual cobija clínicas, centros médicos, Hospitales, servicios médicos especializados, entre otras.

La Contaduría Pública y la Economía son profesiones que guardan relación con la Administración de Empresas. Los contadores, a través de sus conocimientos pueden calcular los niveles de rentabilidad que le puede ofrecer un negocio en un tiempo determinado. En estos términos, los empresarios de la salud, contadores de profesión y residentes en Santa Marta expusieron que vieron en la actividad, una fuente generadora de altas utilidades para ellos.

Mientras tanto, los economistas por medio de su formación académica, afirmaron que pueden determinar la supervivencia de un negocio en el futuro; haciendo un estudio de las tendencias del comportamiento de los factores macroeconómicos y microeconómicos del entorno. Por esta razón, los economistas también pueden tener éxito en el ámbito empresarial y es por ello, que se observa la presencia de empresarios de la salud economistas en Santa Marta.

En lo que respecta a los demás profesionales, su formación no está estrechamente relacionada con la creación de empresas, pero es posible que hayan entrado en el sector, debido a que vieron la oportunidad del negocio o hayan sido asesorados por otros profesionales con un conocimiento más profundo en éste tema.

De otro lado, las estadísticas muestran, que de un total de sesenta y nueve (69) empresarios de salud con servicios médicos asistenciales entrevistados, dieciocho (18) son nativos del Departamento de Santander compartiendo el 26%, mientras que once (11) son oriundos del Departamento del Magdalena, principalmente del Distrito Turístico, Cultural e Histórico, representando este, el 16% y el porcentaje restante, se encuentra distribuido en los demás departamentos del país completando de esta manera el 100% del total. (Ver cuadro 15y Gráfica 16)

Lo anterior indica que realmente el Magdalenense no es una persona emprendedora y mucho menos tiene una gran visión empresarial. Las razones de éste fenómeno pueden estar sustentadas en la cultura laboral y rasgos de la personalidad. Es innegable que el Magdalenense, especialmente el samario, se conforma con tener un empleo estable y de reconocimiento, siente miedo a dejar de ser asalariado y no tiene capacidad de ahorro que le ayude en un futuro llevar a cabo un proyecto de negocio. Cabe resaltar, que éste no percibe las ventajas que le brinda su entorno – paisajes, clima, centros históricos infraestructura, etc. – importantes para emprender empresas dentro de cualquier sector económico, éste no piensa en ser un trabajador independiente, de aumentar su patrimonio, no tiene espíritu de riesgo, no es ambicioso y no tiene un nivel alto de aspiraciones.

Cuadro 15. Lugar de Origen del empresario de Salud con servicios Médicos Asistenciales en Santa Marta. .

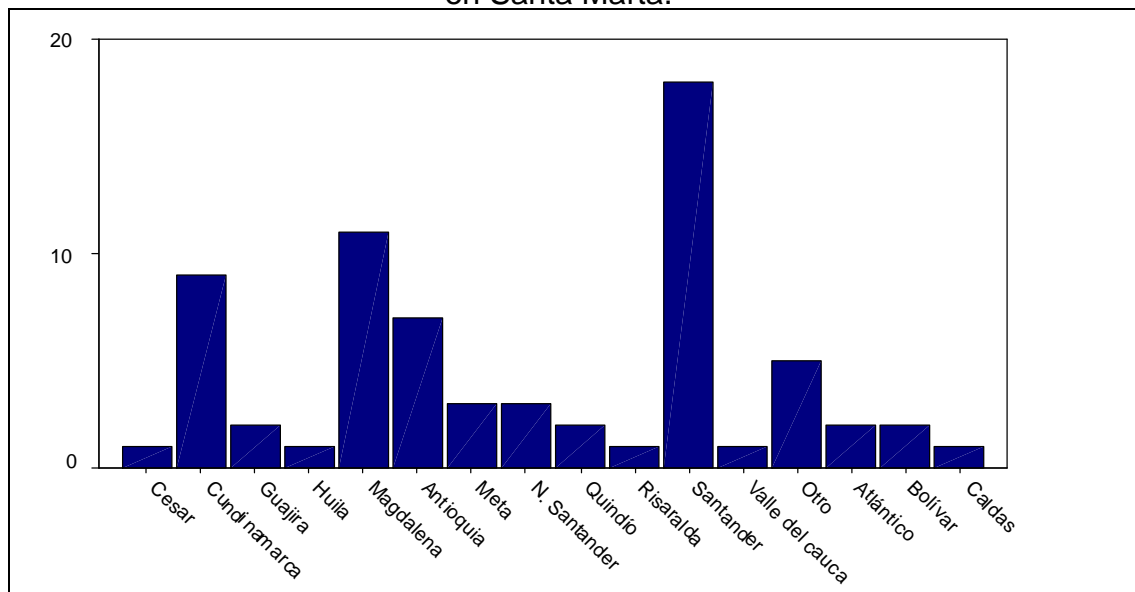
DEPARTAMENTO DE ORIGEN DE LOS EMPRESARIOS	FRECUENCIA RELATIVA	FECUENCIA ABSOLUTA
CESAR	1	1%
CUNDINAMARCA	9	14%
GUAJIRA	2	3%
HUILA	1	1%
MAGDALENA	11	17%
ANTIOQUIA	7	10%
META	3	4%
NORTE DE SANTANDER	3	4%
QUINDÍO	2	3%
RISARALDA	1	1%
SANTANDER	18	27%
VALLE DEL CAUCA	1	1%
ATLÁNTICO	2	3%
BOLIVAR	2	3%
CALDAS	1	1%
OTRO	5	7%
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Otras razones que podrían atribuírseles a ésta apatía del samario pueden ser de carácter político, económico y social. Es indiscutible, que los impuestos que declaran los empresarios en Santa Marta y Colombia en general son altos y por ende éste se convierte en un factor desestimulante para aquellos

que desean crear una empresa en éste sector. En lo que respecta a la parte económica, el samario no siente la ayuda del Gobierno local y el acceso a créditos se dificulta en las entidades bancarias. También, es posible que el samario sea indiferente al momento de crear una empresa en éste sector, debido a la baja cobertura de afiliaciones en el sistema general de participación en seguridad social, y a la categoría de pacientes que visitan la ciudad, ya que, la mayoría no tienen un nivel de ingreso alto que permita pagar un servicio de intervención y/o hospitalización de calidad. Por consiguiente, tienen la convicción que van a fracasar y a generar pérdidas porque sus posibles clientes preferirán un servicio sencillo.

Gráfica 16. Origen del empresario Salud con servicios Médicos Asistenciales en Santa Marta.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas Realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Los dirigentes locales y las instituciones educativas, también tienen culpa en éste problema. Los primeros, no han consientizado al samario de las riquezas y ventajas que ofrece Santa Marta a nivel de competitividad. De ésta manera, se estimularía al ciudadano samario a crear mejores empresas; Por su lado, muchas instituciones educativas samarias no fomentan el espíritu emprendedor de sus estudiantes a temprana edad; delegándoles la organización de eventos, periódicos juveniles, cooperativas, etc.

Por su parte, el oriundo de otras ciudades y regiones del país reúne todas las características de una persona con espíritu emprendedor que menciona Marcos Palacio (1999) y que en el marco teórico de este trabajo, se explicó profundamente. Un ejemplo de ello, es el nativo del Departamento de Antioquia y Santander; quiénes son personas que a base de mucho trabajo

ahorran un capital para luego formar su propia organización y desarrollarse en lo que mejor saben hacer, tienen un buen olfato de negocio, se arriesgan, son tenaces, perseverantes, dinámicos y eligen bien a las personas para asociarse en la conformación de una empresa. Es por esto, que en Santa Marta los empresarios de salud son de esta procedencia (Paisas, Santandereanos, etc.), destacándose con el mayor porcentaje dentro de los empresarios de salud entrevistados.

Además, muchos de éstos propietarios expusieron que crearon sus empresas por la necesidad que existía en el momento, por las condiciones geográficas, sociales, políticas y jurídicas de la ciudad, por la visión que tienen de Santa Marta y por la oportunidad de negocio que vieron.

Dentro del grupo de empresas que se abordaron, aparecieron cinco (5) propietarios extranjeros, donde dos (2) son argentinos, uno (1) de España, uno (1) de Francia y otro de Suiza. Los argentinos manifestaron que después de haber jugado en el equipo de fútbol de la ciudad, se amañaron, les encantaron las playas y otros destinos turísticos y por ende decidieron hacer inversiones en la ciudad, especialmente en sitios de hospedaje y alojamientos en Santa Marta para todos los visitantes, pero también una con actividades de salud. Los demás extranjeros comentaron que invirtieron en el sector por la baja oferta de empresas que existían en ese tiempo con relación a la demanda.

Cuadro 16. Padre y/o Madre del empresario de salud con servicios Médicos Asistenciales que tienen o han tenido empresa propia.

<b>PADRES</b>	<b>FRECUENCIA RELATIVA</b>	<b>FRECUENCIA ABSOLUTA</b>
<b>EL PADRE</b>	11	16%
<b>LA MADRE</b>	5	7%
<b>AMBOS, CONJUNTAMENTE</b>	12	17%
<b>AMBOS, POR SEPARADO</b>	2	3%
<b>NI MI PADRE NI MI MADRE HAN CREADO NUNCA UNA EMPRESA</b>	39	57%
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>

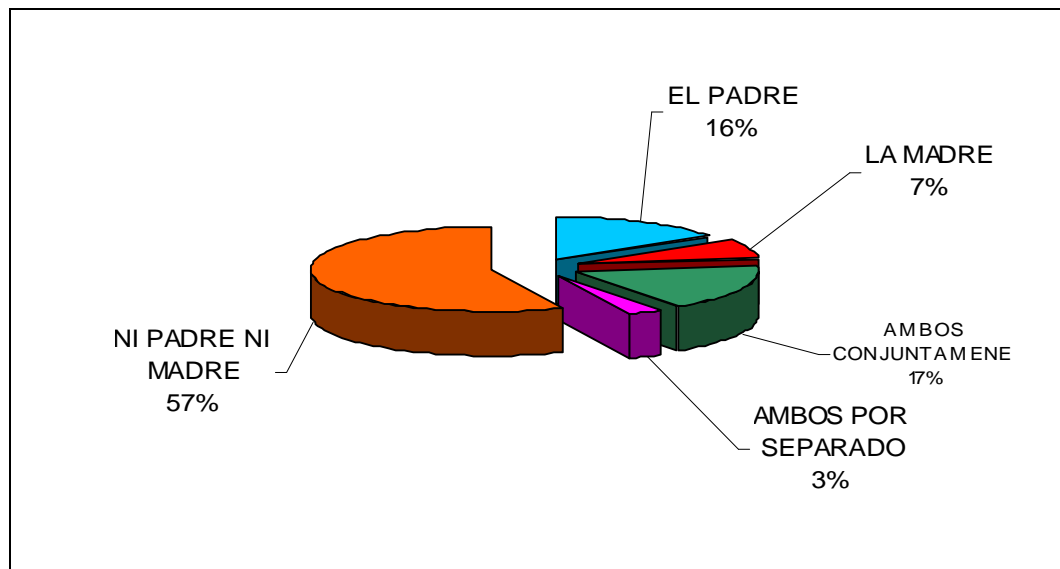
Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta.

Otro porcentaje importante lo muestra el cuadro 16 junto con la gráfica 17, ya que del 100% de los propietarios entrevistados, el 16% contestó que su padre creó su propia empresa, el 7% contestó que su madre tuvo empresa; el 17% dijo que ambos conjuntamente formaron una empresa; solamente el

3% tuvieron padres que crearon su empresa en forma separada y el 57% no han tenido padres empresarios.

Estos datos confirman que ser empresario no depende de los antecedentes de empresarios en la familia, pero que, en caso de que los padres hayan constituido su propia empresa, logra convertirse en un factor motivante y de apoyo para los hijos que deseen seguir el mismo camino. Este apoyo puede ser de tipo económico y moral. Además, los propietarios comentaron que el nivel de incertidumbre que manejaron en cuanto al éxito o fracaso de su empresa, fue menor comparado con el que manejaron sus padres, ya que la experiencia y el conocimiento de éstos últimos en el ámbito empresarial, les sirvió para direccionar de una mejor forma su gestión como empresarios.

Gráfica 17. Padre y/o Madre del empresario de salud con servicios Médicos Asistenciales que tienen o han tenido empresa propia.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Dentro del grupo de otros parientes de los propietarios entrevistados que han sido empresarios aparecen abuelos, hermanos, tíos y primos. (Ver cuadro 17 y gráfica 16)

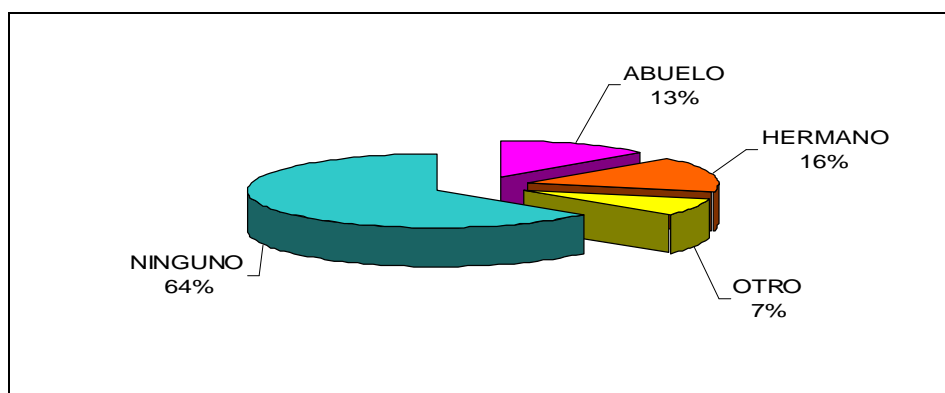
Cuadro 17. Parientes del empresario con servicios Médicos Asistenciales que han creado su propia empresa.

PARIENTES	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA
ABUELO(A)	9	13 %
HERMANO(A)	11	16 %
OTRO(S)	5	7 %
NINGUNO	44	64 %
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Aunque el promedio de antecedentes de empresarios en la familia del empresario muestra un nivel bajo, es claro, que los parientes que han creado empresas con éxito, aconsejan a otros familiares para que sean empresarios e inviertan en actividades rentables. En este caso, los empresarios manifestaron que la experiencia de su abuelo, tío o primo en el campo de los negocios sirvió de apoyo necesario para incursionar en la actividad empresarial. Además, los entrevistados confesaron que en un principio no les llamaba la atención éste sector.

Gráfica 18. Parientes del empresario con servicios Médicos Asistenciales que han creado su propia empresa.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta



Cuadro 18. Tiempo transcurrido entre la planificación y la constitución legal de la empresa.

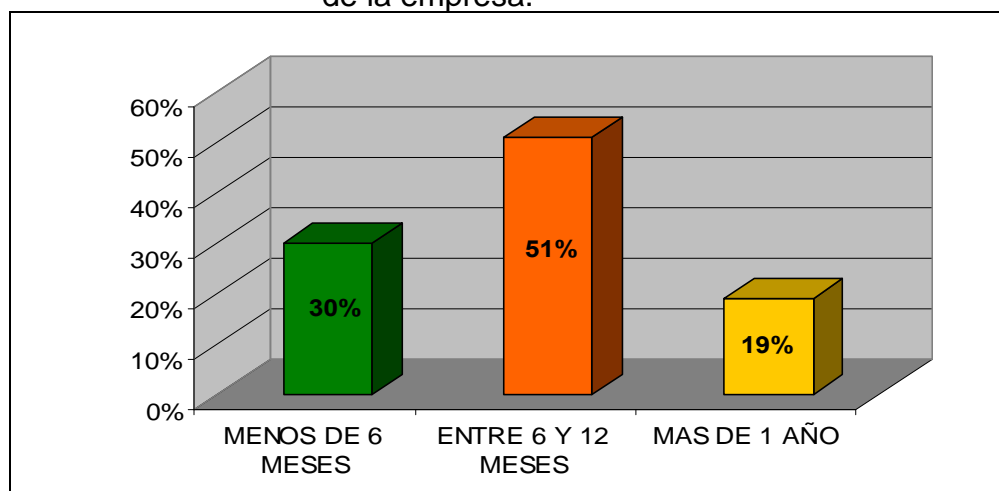
TIEMPO	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA
MENOS DE 6 MESES	21	30 %
ENTRE 6 Y 12 MESES	35	51 %
MÁS DE 1 AÑO	13	19 %
TOTAL	69	100%

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Observando los resultados arrojados por el cuadro 18 y la gráfica 19, es evidente que del 100% de empresarios entrevistados, el 51% han constituido su empresa entre seis (6) y 12 (doce) meses, el 30% en menos de seis (6) meses y el 19%, se demoró más de un (1) año.

Estos resultados, según los mismos empresarios son producto de la burocracia que impera en los organismos encargados de dicho proceso. Según lo manifestado por los propietarios, en estos entes existen trabas burocráticas o administrativas y la tramitología acarrea altos costos. Todo ello, conlleva a que el proceso de constitución sea lento y dispendioso.

Gráfica 19. Tiempo transcurrido entre la planificación y la constitución legal de la empresa.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Los pocos empresarios que manifestaron haberse tomado menos de seis (6) meses para constituir su organización en forma legal, confesaron que contactaron a amigos profesionales en el ámbito jurídico - Abogados, Contadores, Administradores, entre otros - quienes le ayudaron a llevar un proceso de creación en forma acelerada.

Cuadro 19. Fuente de financiación para la creación de las empresas del sector Salud con servicios Médicos Asistenciales

FUENTE DE FINANCIACIÓN	# VECES CONTESTADA	% F	%G.
AHORROS PROPIOS	50	3430%	68.6%
AHORROS FAMILIARES	20	1040%	52%
AHORROS DE AMIGOS	7	210%	30%
CRÉDITOS BANCARIOS SIN AVALES	14	780%	55.7%
CRÉDITOS BANCARIOS CON AVALES	9	500%	56%
CRÉDITOS BANCARIOS CON GARANTÍAS PATRIMONIALES	1	50%	50%
INDEMNIZACIÓN	2	120%	60%
PROVEEDORES Y CLIENTES	0	0%	0%
SOCIEDADES DE CAPITAL DE RIESGO	0	0%	0%
OTRO(S)	2	20%	10%
#V= Número de veces contestadas %F= Porcentaje de Fuente de Financiación %G= Porcentaje General			

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Si se observa el cuadro 19, el **#V** corresponde al número de veces que contestaron esa fuente de financiación, el **%F** representa la sumatoria de todos los porcentajes en que se obtuvo capital de esa fuente y el **%G** hace referencia a la división del **%F / #V**.

La principal razón que explica este suceso, es la capacidad de ahorro que impera en la cultura de los empresarios de otras regiones del país para montar su empresa. Además, Otro factor relevante, es el hecho que en su cultura existe la tendencia de asociarse, recibir ayuda económica de la familia y amigos cuando de crear empresas se trata. No obstante, los préstamos bancarios siempre son una alternativa importante cuando el capital obtenido mediante otra fuente de financiación, es escaso para cubrir los gastos originados en la etapa inicial de una empresa. Algunos propietarios, declararon que entregaron bienes como prenda de garantía con el fin de que les otorgaran el crédito solicitado.

Cuadro 20. Nivel de importancia de estrategias para que las empresas del sector sean competitivas.

<b>ESTRATEGIA</b>	<b>NADA IMPORT</b>	<b>POCO IMPORT</b>	<b>IMPORT</b>	<b>MUY IMPORT</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Precios bajos</b>	5	16	29	19	<b>69</b>
<b>Calidad de los productos/servicios de calidad</b>		1	3	65	<b>69</b>
<b>Productos y servicios que otras empresas no ofrecen</b>		3	8	58	<b>69</b>
<b>Productos y servicios diferenciados</b>		3	12	54	<b>69</b>
<b>Servicios atractivos y adecuados a necesidades actual</b>	2		9	58	<b>69</b>
<b>Procesos avanzados tecnológicamente</b>	1	5	47	16	<b>69</b>
<b>Adaptación al cliente</b>	1	1	4	62	<b>69</b>
<b>Situación(localización) de la empresa</b>	1	2	4	62	<b>69</b>
<b>Experiencia técnica o científica de la persona fundadora</b>	2	6	50	11	<b>69</b>
<b>Otra(s)</b>					<b>0</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Los resultados arrojaron que según veintinueve (29) empresarios, manejar precios bajos es una estrategia importante debido a la crisis económica por la que atraviesa el país desde años anteriores, además este aspecto en Colombia está normatizado en la Ley y para éste sector el Plan Obligatorio de Salud lo regula. Además, manifestaron que el paciente de la ciudad de Santa Marta tiene un nivel de ingresos medio-bajo y por ende no tiene capacidad para pagar un precio alto por un servicio de particular de alta calidad. También, el sistema de seguridad social en Colombia obliga a que las entidades que ejercen la actividad, disminuyan sus precios, ya que la competencia desleal dentro de las empresas de este tipo en Santa Marta está catalogada como flagelo, hecho que se ha apoderado de gran parte del mercado debido a los bajos precios que se ofrecen.

Todos los que dijeron que ofrecer servicios de calidad es una estrategia muy importante en materia de competitividad; justificaron su afirmación en el hecho que si un cliente sale satisfecho con el servicio prestado, es probable que vuelva a solicitar el servicio en el establecimiento donde recibió la asistencia. También comentaron que brindar al cliente un ambiente familiar que lo haga sentirse como en casa, es una estrategia importante para fidelizar clientes.

Por otro lado 58 empresarios calificaron muy importante el ofrecimiento de servicios diferenciados con relación a su competencia, porque la creatividad

y el valor agregado que le den a su servicio, ayuda a atraer a más clientes y ganar reconocimiento dentro del sector.

Siguiendo con el análisis, las cifras demuestran que para los empresarios es muy importante adaptar su servicio a las necesidades del cliente, ya que, de ello depende el progreso de la empresa en cuanto a mejoramiento de procesos y servicios con mayor calidad. Además, les ayuda a conseguir clientes fieles y satisfacer sus necesidades.

Con respecto a la parte tecnológica y científica, los propietarios expusieron que es una estrategia importante; más sin embargo; no es determinante dentro del marco de la competitividad. Realmente, los dueños manifestaron que en Santa Marta los clientes de la salud no exigen alta tecnología en sus instalaciones y por ello no la consideran como una estrategia de competitividad muy importante. Esto resulta refutable, porque actualmente los procesos que imperan en los establecimientos de salud en el mundo están altamente tecnificados y con procesos tecnológicos de alto nivel, lo que afecta las exigencias y necesidades de los que utilizan éste tipo de servicio en todo el mundo. Entonces, el empresario de la salud de Santa Marta no puede menospreciar la tecnología por el simple hecho del conformismo que predomina en un pequeño porcentaje del mercado global, hasta el punto que el cliente que desea servicios de calidad, prefiere irse a recibirlos a otras ciudades del país porque considera que las instituciones prestadoras de salud de Santa Marta no le van a garantizar una buena prestación del servicio.

Otras estrategias consideradas como muy importantes para la competitividad son la adaptación al cliente y la localización de la empresa. Sin duda, el cliente es el eje central de una empresa y todas sus necesidades de bienestar, buena salud, recreación, alimentación, descanso y confort; deben ser satisfechas mediante la prestación de un servicio que cumpla con todas éstas expectativas. Con respecto a la ubicación, los empresarios comentaron que la cercanía al mar puede ser una ventaja para aquellos que gozan de ése privilegio, porque algunos pacientes prefieren buscar sitios que tengan vista al mar. Otros, comentaron que estar retirados de zonas turísticas los convierte en una gran opción para los pacientes, por la tranquilidad que se puede evidenciar.

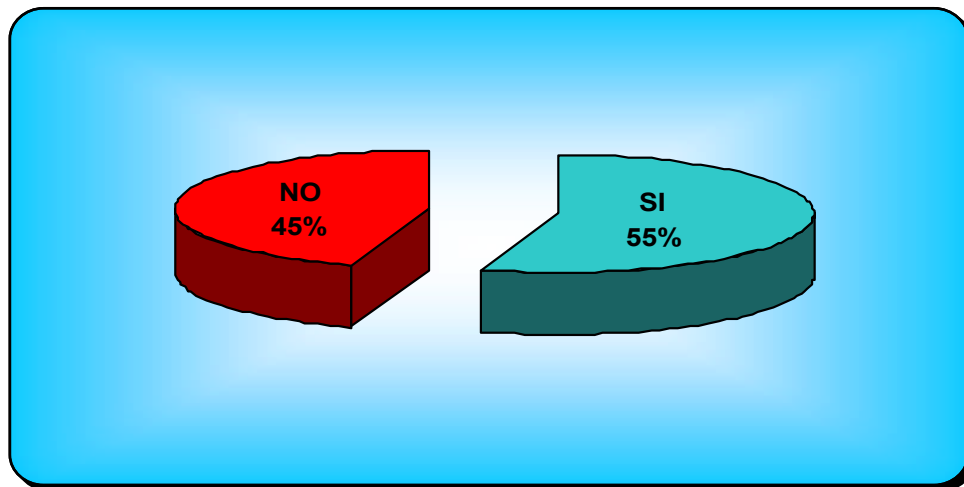
Entrando un poco a la parte relacionada con los programas y ayudas existentes en Santa Marta para apoyar la creación de empresas, las estadísticas de la muestra de sesenta y nueve (69) propietarios abordados, determinan que treinta y ocho (38) de ellos tienen conocimiento de la existencia de algunos programas de apoyo a la creación de empresas; mientras que treinta y uno (31) no conocen algún programa referente a esto. *(Ver cuadro 21 y gráfica 20)*

Cuadro 21. Conocimiento de los programas de apoyo a la creación de empresas por parte del empresario de salud con servicios médicos asistenciales.

CONOCIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE APOYO DE CREACIÓN	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA
SI	38	55%
NO	31	45%
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Gráfica 20. Conocimiento de los programas de apoyo a la creación de empresas por parte del empresario de salud con servicios médicos asistenciales.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

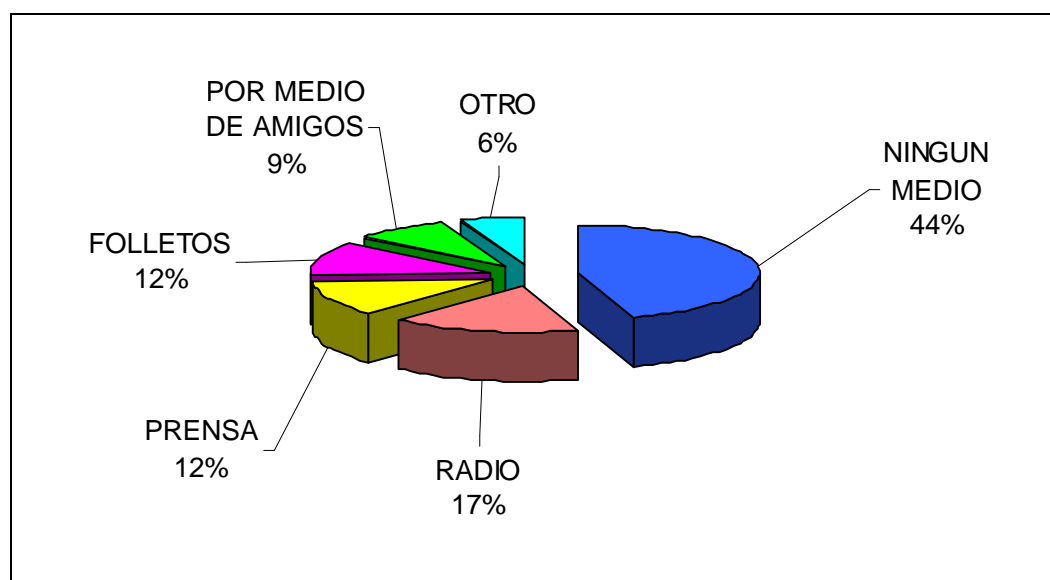
Ahora, con el ánimo de identificar los medios de publicidad más eficaces para divulgar la existencia de programas de apoyo a la creación de empresas, se observa que de los empresarios que si conocen las ayudas y programas, doce (12) se informaron por medio de la radio, 8 (ocho) se enteraron por medio de la prensa; 8 (ocho) por medio de folletos; 6 (seis) por medio de amigos y 4 (cuatro) por medio de otros medios; ejemplo de ello, los boletines informativos que envía la cámara de comercio a los diferentes empresarios de la ciudad. *(Ver cuadro 22 y gráfica 21)*

Cuadro 22. Medio de comunicación por medio del cual conoció el programa.

MEDIO DE COMUNICACIÓN	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA
NINGUN MEDIO	31	44%
RADIO	12	17%
PRENSA	8	12%
FOLLETOS	8	12%
POR MEDIO DE AMIGOS	6	9%
OTRO	4	6%
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Gráfica 21. Medio de comunicación por medio del cual conoció el programa.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Según las respuestas de los empresarios entrevistados, ellos son personas con hábitos de leer la prensa local en las mañanas, de escuchar las noticias por la radio a través de emisoras como Todelar y Radio K, son personas que por su diario vivir y su constante interacción con personas del gremio, reciben mayor información de estos medios que las noticias vistas por televisión. También se destacan como medio de información, los amigos que han utilizado alguna ayuda con respecto a creación y que les sugieren a otros empresarios hacer o no hacer uso de éstas. (Ver cuadro 23)

Cuadro 23. Relación entre el conocimiento de los programas de apoyo a la creación de empresas y su fuente de información.

V.S.		¿Como conoció el empresario esos programas?						Total
		Radio	Prensa	Folletos	Por medio de amigos	Otro		
El empresario conoce algún tipo de ayuda(s)/programa(s) de apoyo a la creación de empresas	Si	12	8	8	6	4		38
	No							31
<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>31</b>	<b>69</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

En general, los programas y ayudas no son suficientemente conocidos porque lo ideal sería que todos los empresarios y habitantes de la ciudad que tengan ideas novedosas, conozcan éstos medios de apoyo, para dirigirse a las entidades encargadas y poder materializar éstas ideas de negocio, pues, de esta forma, se contribuye al fomento del desarrollo empresarial en Santa Marta. Esta situación está reflejada en el cuadro 25 con un total de treinta y uno (31) empresarios desinformados.

Desafortunadamente, muchas personas, pierden la posibilidad de crear su propia empresa por el desconocimiento de éstos programas de apoyo, causado por la inexistencia de una estrategia de marketing eficaz de parte de los organismos locales.

Según lo respondido por los propietarios, el Sena, la Cámara de Comercio y Fundemicromag son organismos que brindan programas de ayuda a la creación de empresas en Santa Marta, pero no hacen la promoción suficiente para incentivar a las personas en convertirse en empresarios.

Además, los resultados arrojados por las entrevistas, muestra que de un total de sesenta y nueve (69) empresarios abordados el 33% ha utilizado los programas de apoyo a la creación de empresas; mientras que el 67% no ha aprovechado éstas ayudas, lo que indica que no todos que conocen las ayudas han hecho uso de éstas. *(Ver cuadro 24 y gráfica 22)*

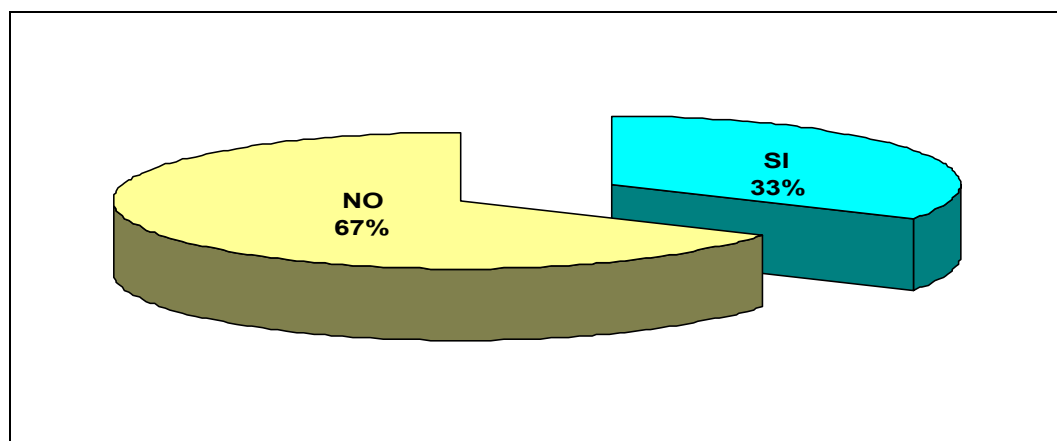
Cuadro 24. Ha utilizado el empresario alguno de los programas.

HAN UTILIZADO ALGUNOS DE LOS PROGRAMAS	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA
SI	23	33%
NO	46	67%
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Los empresarios que no han utilizado los programas manifestaron que no tenían conocimiento de ellos. Como se explicó anteriormente, los organismos encargados de éstos programas no cuentan con un programa de marketing capaz de informar a toda la población samaria de la existencia de estos programas. Otros dijeron, que por comentarios de otros colegas, no solicitaron dichas ayudas porque el proceso de tramitación es demorado para obtenerlas. Los empresarios con estudios universitarios, afirmaron que tenían los conocimientos necesarios para gestar sus propias organizaciones. Sin embargo, dejaron claro, que estas ayudas son necesarias y útiles y que no es recomendable, que el empresario actúe libremente en cuanto a crear empresas se refiere porque en muchos casos se cometen errores por falta de orientación profesional.

Gráfica 22. Ha utilizado el empresario alguno de los programa.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta



Según los resultados estadísticos, los empresarios consideran todas las condiciones relacionadas en el cuadro 25, entre importantes y muy importantes, llevándose éste último el mayor número de votos. También se les preguntó cual consideraban ellos la más importante de todas las condiciones y la formación empresarial fue la elegida con veintiséis (26) votos. En segundo lugar, aparece el espíritu de riesgo con diecisiete (17) votos, luego aparece la iniciativa individual con catorce (14) y por último la creatividad con doce (12) votos.

Cuadro 25. Nivel de importancia de las condiciones para crear una empresa.

CONDICIONES	NADA IMPORTANTE	POCO IMPORTANTE	IMPORTANTE	MUY IMPORTANTE	N	MI
Iniciativa individual	0	0	2	67	69	14
Creatividad	0	0	2	67	69	12
Formación empresarial	0	0	7	62	69	26
Espíritu de riesgo	0	0	2	67	69	17
Otra(s)	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>						<b>69</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

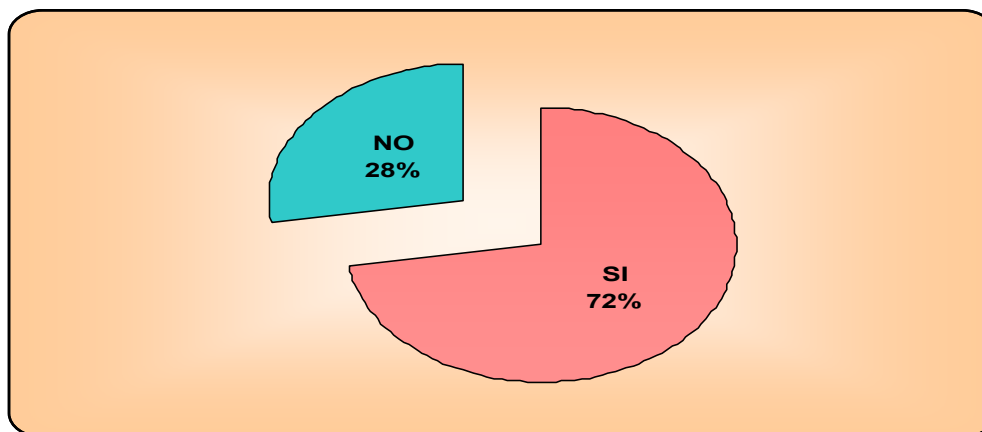
Aunque la diferencia entre cada una de las condiciones no es amplia debido a que el éxito de un empresario es poseer todas éstas condiciones y aplicarlas en forma conjunta, para el empresariado de salud de Santa Marta la formación empresarial es más completa que las otras porque dentro de ella se encuentran intrínsecas las demás características mencionadas. Según ellos, tener formación empresarial implica ser una persona con voluntad emprendedora, ser una persona activa y con ganas de llevar a cabo su proyecto de negocio, tener la capacidad de asumir riesgos frente al éxito o fracaso y tener capacidad de crear nuevos productos y servicios. Por ésta razón, dentro de las condiciones necesarias al momento de crear una empresa, los entrevistados dieron más relevancia a la formación empresarial.

Cuadro 26. El empresario volvería a crear otra empresa.

VOLVERIA A CREAR OTRA EMPRESA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA
SI	50	72%
NO	19	28%
<b>TOTAL</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Gráfica 23. El empresario volvería a crear otra empresa.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud con servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Como se observa en la gráfica 23 y cuadro 26, cincuenta (50) empresarios volverían a crear otra empresa y diecinueve (19) no lo volverían hacer.

La mayoría de los que respondieron afirmativamente comentaron que volverían a crear otra empresa por la experiencia que han adquirido y el conocimiento que tienen del medio. Otros expusieron, que formarían una empresa en sectores relacionados con el servicio en general y diferente a la salud, como es el caso de la actividad hotelera y turística, entre los cuales, diez (10) de ellos dijeron que crearían un restaurante, uno (1) dijo querer formar un restaurante de comida gourmet, un (1) empresario montaría un hotel exclusivo para niños, otro crearía un almacén de artesanía, dos (2) empresarios montaría un restaurante de comida marina a precios accesibles al público y otro formaría una agencia de viajes. Otro empresario crearía una empresa de mantenimiento de refrigeración, otro crearía una panadería, dos (2) incursionarían en el sector agropecuario, otro propietario crearía un vivero de plantas y uno (1) invertiría en la construcción de conjuntos cerrados. Del mismo modo, algunos no saben en que invertir, mientras que otros no fueron específicos al contestar.

Aquellos empresarios que no volverían a crear una empresa, sustentaron su postura diciendo que no tienen edad para crear más empresas o no cuentan con el capital suficiente. Otros especificaron, que esperarían una situación del entorno favorable para crear una empresa y evaluar su posible rentabilidad; a diferencia de otro grupo que manifestó que mejor mejorarían la calidad del servicio de la que poseen para enfrentar los nuevos retos del mercado que se avecinan; como es el TLC.

## **9. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS A LOS EMPRESARIOS DE LAS EMPRESAS DE SALUD SIN SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS**

Después de haber expuesto lo relacionado con el área con servicios médicos asistenciales, bien referenciados según códigos CIIU en párrafos anteriores, en este capítulo se entrará a analizar las entrevistas realizadas a los empresarios de Salud sin servicios médicos asistenciales de la ciudad de Santa Marta, como son: laboratorios clínicos, actividades de la práctica odontológica, bancos de sangre y servicios de ambulancia. Tomado como referencia las estadísticas realizadas de la información que se obtuvo de la Cámara de Comercio de Santa Marta y otros documentos, en donde se señala claramente que en el Distrito de Santa Marta se encuentran 52 empresas de este tipo de servicios legalmente registradas.

Teniendo conocimiento que las empresas de salud sin servicios médicos asistenciales, ya mencionados en el párrafo inmediatamente anterior, en Santa Marta presentan una muestra de 28 empresas para la aplicación de las encuestas, como se dejó tácitamente expresado en el diseño metodológico de este trabajo, pero por limitaciones expuestas anteriormente se abordaron sólo 14. Durante el proceso del desarrollo de estas, se pudo observar aspectos que ayudan a determinar el perfil de los empresarios que se encuentran en dicha área empresarial. Cabe citar que ésta fase fue en parte un poco dispendiosa y difícil al igual que el área con servicios médicos asistenciales, puesto que, no se pudieron abordar en su totalidad, ni contactar directamente al empresario-propietario, unos por que no viven en el país y otros que no se encontraban en el momento. No obstante se obtuvo colaboración de establecimientos como los laboratorios clínicos y los centros odontológicos.

Resaltando varias empresas a las cuales se intentó en varias ocasiones visitar, no colaboraron asumiendo una actitud prevenida y sospechosa hacia el grupo, revelando que el empresario es una persona muy ocupada y no tenía tiempo para ocuparse de cosas como estas.

Sabiendo que el periodo que se limitó para la investigación, es desde 1990-2005, el cuadro 29 muestra la totalidad del año de creación de las empresas visitadas. Para los primeros años del periodo objeto de estudio 1991 y 1992 se crearon dos empresas, para cada año, luego en 1993 se constituye una empresa, en 1994 se constituye una (1) y después de cuatro años (1998) se constituye otra empresa. Lo anterior quiere decir que en el periodo de la investigación, de los encuestados, en la ciudad de Santa Marta sólo se crearon siete empresas de esta categoría, para la década de los 90's. Para completar el total de las 14 empresas entrevistadas, para el 2001 se crearon tres empresas, el cual fue el año en el que se creó el mayor número de

empresas, puesto que para este siglo se abrieron oportunidades y que han observado - manifestaron los empresarios- mejores proyectos para el crecimiento de la región, luego para el 2004 se constituye una empresa y en el 2005 se constituye una empresa, completando así el total de las empresas entrevistadas.

Cuadro 27. Año de creación de las empresas de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta.

AÑO DE CREACION DE LA EMPRESA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA
1990	0	0.00%
1991	2	0.14%
1992	2	0.14%
1993	1	0.07%
1994	1	0.07%
1995	0	0.00%
1996	0	0.00%
1997	0	0.00%
1998	1	0.07%
1999	0	0.00%
2000	2	0.14%
2001	0	0.00%
2002	3	0.21%
2003	0	0.00%
2004	1	0.07%
2005	1	0.07%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

En cuanto a la formación jurídica de estas empresas, se observa que la sociedad de responsabilidad limitada y la persona natural son las formas de constitución más predominantes en el subsector. Así, lo dan a conocer resultados estadísticos, donde el 43% de la muestra corresponde a empresas constituidas como sociedad de responsabilidad limitada, el 36% corresponde a entidades conformadas como persona natural, mientras que compartiendo un mismo porcentaje del 7% aparece una (1) empresa unipersonal, una (1) sociedad anónima y una (1) sociedad de economía mixta. (Ver cuadro 28 y gráfica 24)

Dentro del sector de salud sin servicios médicos, conformar una empresa como persona natural representa mayores utilidades para el empresario,

rapidez en los trámites de constitución, menos declaración de impuestos, mayor libertad de decisión y más capacidad de ahorro o inversión de los ingresos generados por la actividad.

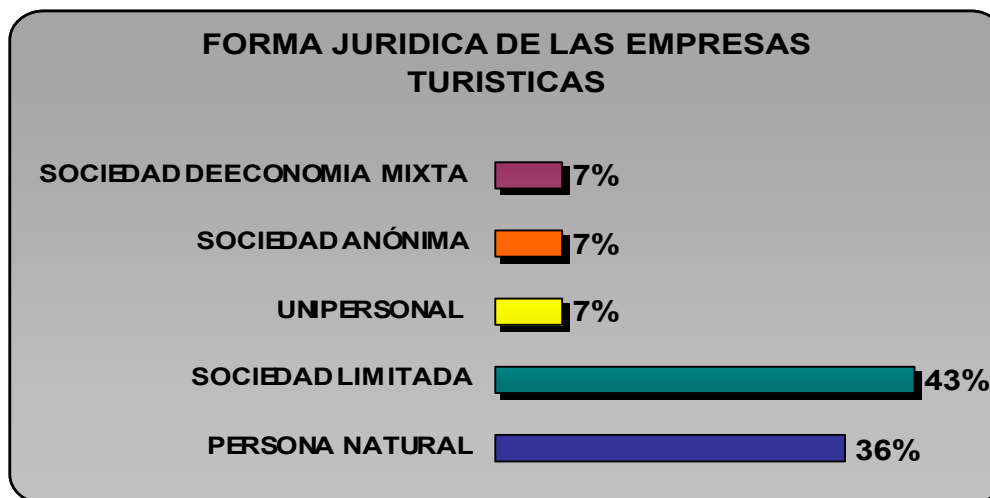
Cuadro 28. Forma jurídica de las empresas de salud sin servicios médicos asistenciales de de Santa Marta.

FORMA JURÍDICA	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA
PERSONA NATURAL	5	0.36%
SOCIEDAD LIMITADA	6	0.43%
UNIPERSONAL	1	0.07%
SOCIEDAD ANÓNIMA	1	0.07%
SOCIEDAD DE ECONOMÍA MIXTA	1	0.07%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Es por esta razón, de acuerdo a las respuestas de los entrevistados constituir una empresa de salud sin servicios médicos asistenciales como persona natural, permite a la entidad conseguir metas de rentabilidad y permanecer por más tiempo en el mercado sin que los cambios del entorno la afecten tanto, como para llegar a su liquidación. De aquí, su relación con la teoría de contingencia de las organizaciones.

Gráfica 24. Forma jurídica de las empresas de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

No obstante, algunos empresarios del área no tan independientes o arriesgados, han visto en la sociedad de responsabilidad limitada la segunda alternativa de elección para constituir sus organizaciones, limitando su responsabilidad al monto de sus aportes y perdiendo poder para tomar ciertas decisiones. Con la conformación de una sociedad limitada, el empresario se ve obligado a asociarse para reunir el capital mínimo de constitución exigido por la ley para éste tipo de sociedades.

Ahora, con el ánimo de analizar el crecimiento interno de las empresas del ramo en Santa Marta, se mostrará el número de empleados que tenían las empresas en el año de su creación vs. empleados que posee actualmente.

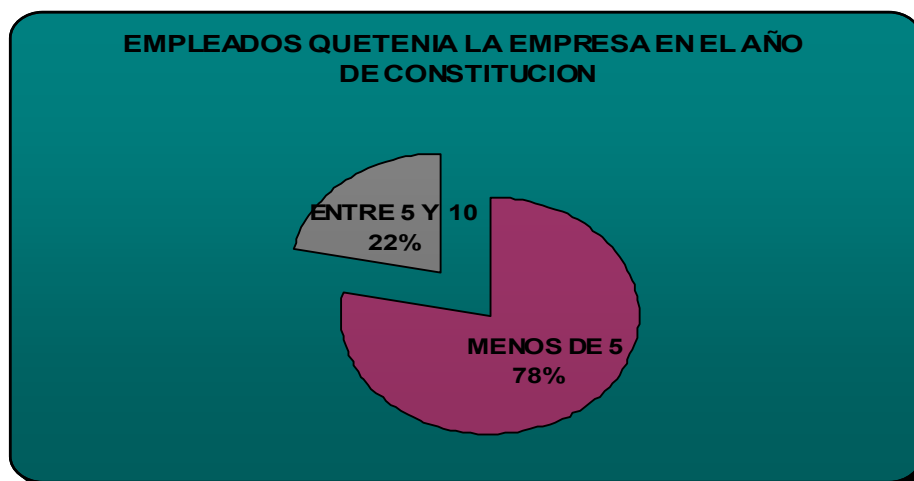
Cuadro 29. Empleados que tenían las empresas de salud sin servicios médicos asistenciales en el año de su creación.

NUMERO DE EMPLEADOS	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA
MENOS DE 5	11	0.78%
ENTRE 5 Y 10	3	0.22%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Las estadísticas del cuadro 29, muestran claramente que once (11) empresas abordadas empezaron sus operaciones con menos de 5 (cinco) empleados y tres (3) entre 5 y 10 empleados.

Gráfica 25. Empleados que tenían las empresas de salud sin servicios médicos asistenciales en el año de su creación.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Igual situación se presenta en la actualidad, donde la mayoría de las organizaciones que prestan el servicio dentro del renglón económico en la ciudad de Santa Marta siguen operando en este rango de trabajadores. Así, lo demuestran los datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los propietarios de éstas empresas, ya que de los 14 empresarios entrevistados nueve manifestaron que cuentan con menos de empleados en sus instalaciones, es decir, que sólo dos empresas incrementaron su número de empleados. El resto de entrevistados dijo que tienen entre 5 y 10 trabajadores. (Ver cuadro 30).

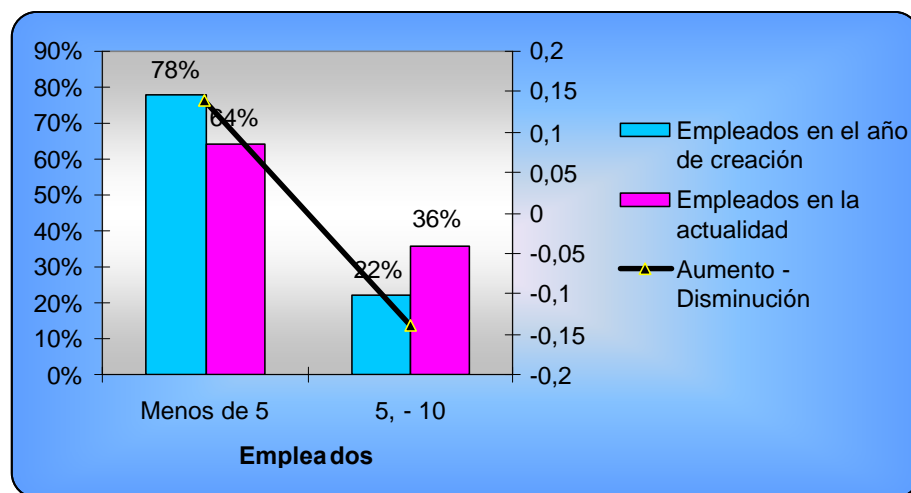
Como se muestra en la Gráfica 26, el cruce de número de empleados en el año de creación vs. número de empleados en la actualidad, resulta de la siguiente manera:

Cuadro 30. Empleados que poseen las empresas de salud sin servicios médicos asistenciales actualmente.

NUMERO DE EMPLEADOS	FRECUENCIA RELATIVA	FRECUENCIA ABSOLUTA
MENOS DE 5	9	0.64%
ENTRE 5 Y 10	5	0.36%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Gráfica 26. Relación de empleados que poseen las empresas de salud sin servicios médicos asistenciales actualmente y cuando se constituyó.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

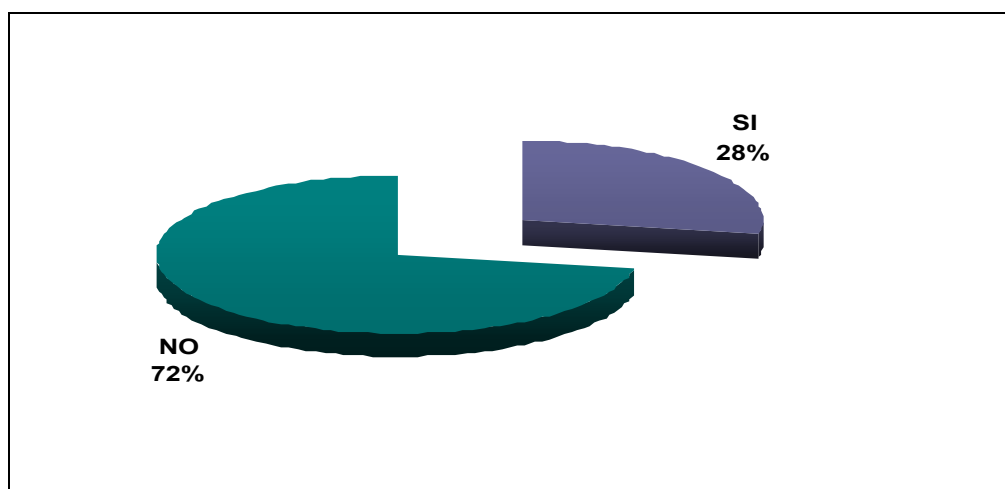
Al igual que en el sector con servicios médicos asistenciales, éstas organizaciones son pequeñas y para su desempeño contratan personal bajo la modalidad de outsourcing, pues, así, las empresas no incrementan sus gastos de personal en épocas donde el flujo de pacientes y/o usuarios en Santa Marta es muy bajo y por ende no genera mucha utilidad como para vincular a más personal.

Cuadro 31. Empresas de salud sin servicios médicos asistenciales con alta tecnología.

<b>EMPRESAS CON ALTA TECNOLOGÍA</b>	<b>FRECUENCIA RELATIVA</b>	<b>FRECUENCIA ABSOLUTA</b>
<b>SI</b>	4	0.28%
<b>NO</b>	10	0.72%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Gráfica 27. Empresas de salud sin servicios médicos asistenciales con alta tecnología.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Según el cuadro y gráfica anterior, de las 14 empresas abordadas 10 no tienen alta tecnología y cuatro empresarios contestaron que si manejan procesos tecnológicos.



Es importante aclarar que a nivel mundial este tipo de empresas son pioneras en procesos de investigación y desarrollo, puesto que permanentemente se encuentran innovando en la dinámica de sus actividades, e inventando nuevos equipos y herramientas de trabajo y por supuesto mejorando los procesos, además utilizan la tecnología de la información y los avances en comunicaciones para promocionar sus productos y servicios desde un punto de oferta lejos del punto de venta. Esta tendencia tecnológica viene a satisfacer las necesidades de información que tiene un cliente sobre un determinado hecho específico que tenga que ver con su salud, es el caso de los servicios de ambulancia. Además, con la tecnología de la información, las empresas de la salud de corte no médica asistencial en el mundo están promoviendo los sitios con el sistema multimedia; el cual crea imágenes flexibles y atractivas que cautivan a las personas que buscan no sólo salud y bienestar, sino también recreación y sano esparcimiento. .

De acuerdo a lo explicado anteriormente, se puede decir de forma apriorística que en Santa Marta ninguna entidad encargada de prestar dichos servicios está a la vanguardia en relación a la tecnología. Es cierto, que algunas empresas manejan equipos con tecnología de punta y sistemas por medio de software aplicados a sus procedimientos, funciones y procesos tanto operativos como administrativos, sin embargo, la aplicación de la tecnología debe extenderse a todo el servicio en general; con el propósito de entrar en forma competitiva al mercado mundial.

Por otro lado, al analizar el sexo que prevalece dentro del empresariado de salud sin servicio médico asistencial de Santa Marta, se observa que el renglón económico es un subsector particularmente importante para las mujeres, pues, ellas representan el mayor porcentaje de la fuerza laboral.

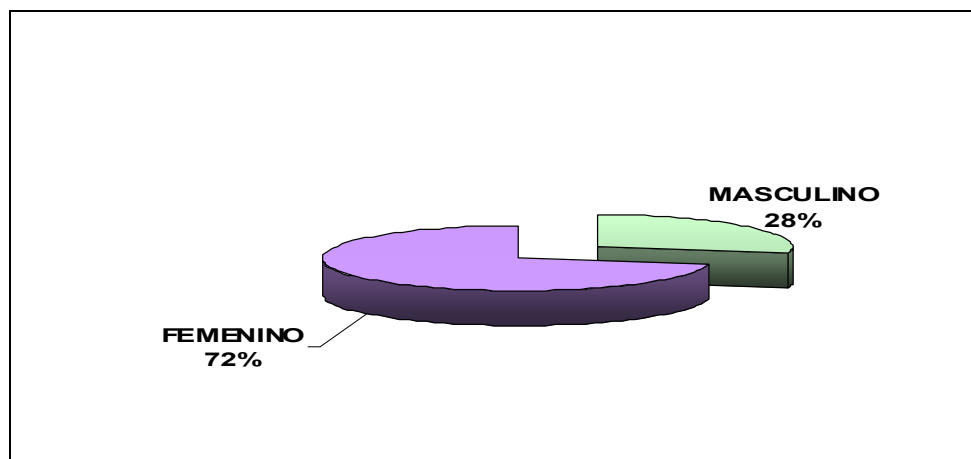
Cuadro 32. Sexo del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales

<b>SEXO</b>	<b>FRECUENCIA RELATIVA</b>	<b>FRECUENCIA ABSOLUTA</b>
FEMENINO	10	0.72%
MASCULINO	4	0.28%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Durante los últimos años, la mujer ha mejorado su nivel de escolaridad con el fin de alcanzar altos cargos dentro del mercado laboral. En Santa Marta, el sector salud es uno de los que más emplea mujeres para cargos de alto y bajo nivel jerárquico. Se puede notar, que en la industria de la salud los puestos de enfermeras, en limpieza, bacteriólogas, fisioterapeutas, nutricionistas, etc., son ocupados en su mayoría por mujeres. Así como también, se encuentran mujeres trabajando en el área de personal administrativo y gerentes ejecutivas de clínicas, hospitales e instituciones prestadoras de salud en general. A causa de esto, en la sociedad existe un estereotipo de que la mujer es la más idónea para emprender en la actividad de salud de corte no asistencial, es el caso de los centros odontológicos y los laboratorio clínicos. Además, entrando a identificar rasgos de la personalidad; las mujeres son más hospitalarias y son dadas hacia una buena prestación del servicio, virtudes que les generan una motivación e inclinación especial hacia la actividad con calidad.

Gráfica 28. Sexo del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Esta tendencia, se refleja en los resultados obtenidos de las entrevistas, donde el 72% de los propietarios son mujeres; mientras que el 28% son hombres. (Ver cuadro 32 y gráfica 28)

De igual manera se identificó la edad promedio de cada uno de estos empresarios y los resultados arrojaron que el 43% de los entrevistados oscilan entre 26 y 35 años, sigue el 28% que tienen entre 36 y 45 años, luego aparecen los que tienen entre 46 y 55 años representados con un 22% de la muestra y por ultimo un 7% tienen entre 18 y 25 años. (Ver cuadro 33 y gráfica 29)

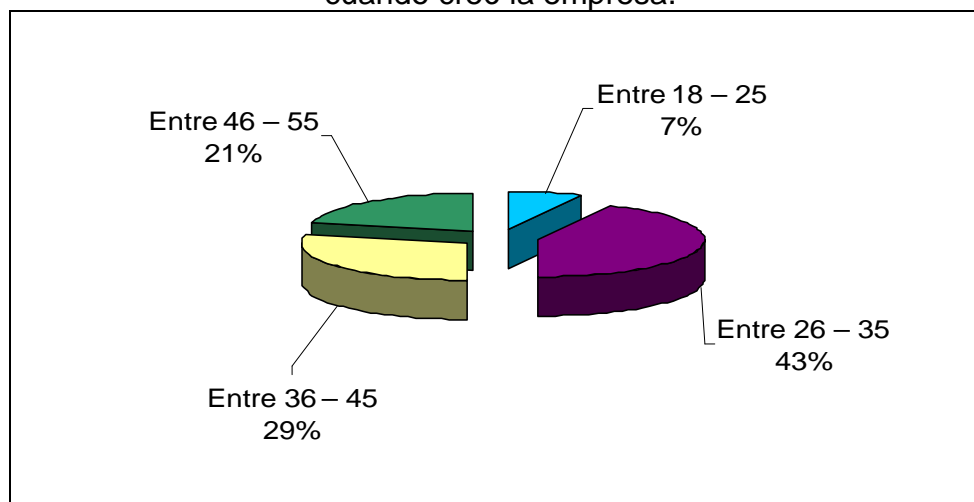
Al igual que en el análisis de la edad del empresario con servicios médicos asistenciales, el empresario de salud sin servicios médicos asistenciales emprendió su empresa en la edad con mayor madurez, en la edad donde conseguir un empleo se hace difícil y por ende busca la independencia, en la edad donde es cabeza de familia y debe ofrecerle a sus hijos un futuro próspero.

Cuadro 33. Edad del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales cuando creó la empresa.

EDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
ENTRE 18 – 25	1	0.07%
ENTRE 26 – 35	6	0.43%
ENTRE 36 – 45	4	0.29%
ENTRE 46 – 55	3	0.21%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Gráfica 29. Edad del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales cuando creó la empresa.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Los resultados de las entrevistas realizadas a los propietarios de las empresas de salud en Santa Marta, arrojaron que el 50% son universitarios, el 28% tienen estudios técnicos, el 15% poseen estudios secundarios y el 7% solamente llegaron hasta estudios primarios. (Ver cuadro 34 y gráfica 30)

Aquí, se puede notar que la capacidad de emprendimiento del empresario está más relacionada con aquellos que poseen una carrera universitaria, ya que la formación universitaria, especialmente en administración, como es el parámetro de las herramientas para ser un profesional capaz de crear empresas competitivas, rentables y sistematizadas para enfrentar la competencia internacional que se encuentra a la vanguardia en éstos aspectos.

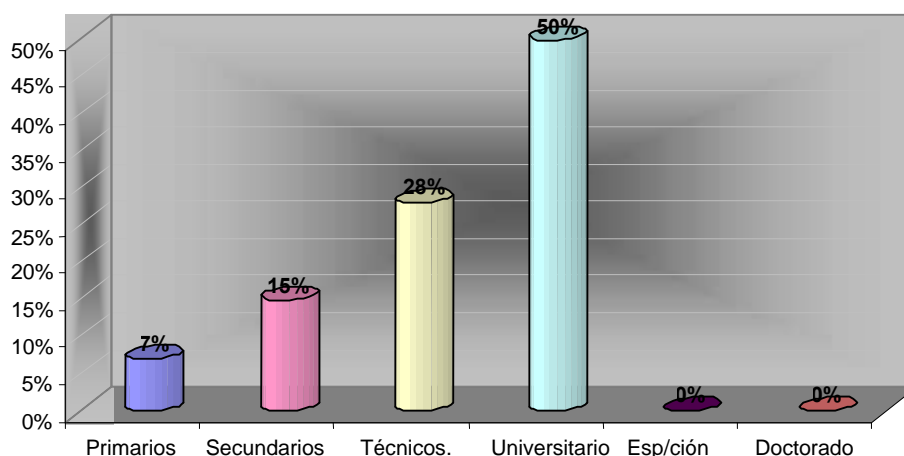
Cuadro 34. Nivel de escolaridad del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales

NIVEL DE ESCOLARIDAD	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
PRIMARIOS	1	0.07%
SECUNDARIOS	2	0.15%
TECNICO	4	0.28%
UNIVERSITARIOS	7	0.50%
ESPECIALIZACION	0	0.00%
DOCTORADO	0	0.00%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Aquellos que tienen un nivel de estudios técnico, confesaron que adquirieron en el SENA una capacitación de técnicos dentales y auxiliar de laboratorios. Después, de haber adquirido experiencia laboral y mayor conocimiento de la actividad, decidieron iniciar su propia organización.

Gráfica 30. Nivel de escolaridad del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Los tres (3) que aparecen con estudios primarios y/o secundarios, crearon su empresa por tener los recursos económicos suficientes, les gusta ser trabajadores independientes o aprovecharon la oportunidad del negocio. Sin embargo, aceptan que debido a su edad y a las exigencias del entorno empresarial, han delegado el manejo de su empresa a personas con mejor formación académica. Una particularidad de este negocio, es que estas personas por lo general son los padres de los profesionales del área que trabajan en ella, sólo sirven de intermediarios para que sus hijos puedan ejercer su profesión.

Asimismo dentro del grupo de 7 empresarios con formación universitaria, cuatro (4) son administradores de empresas, dos (2) son administradores hoteleros y turísticos y uno (1) es economista. (Ver cuadro 35 y gráfica 31), No obstante están en el negocio porque sus esposas son las que pertenecen al área y tienen el deseo de trabajar en familia, y éstos aprovechando sus conocimientos empresariales explotan la actividad para beneficio familiar, ya que la mayoría son odontólogas o bacteriólogas de profesión.

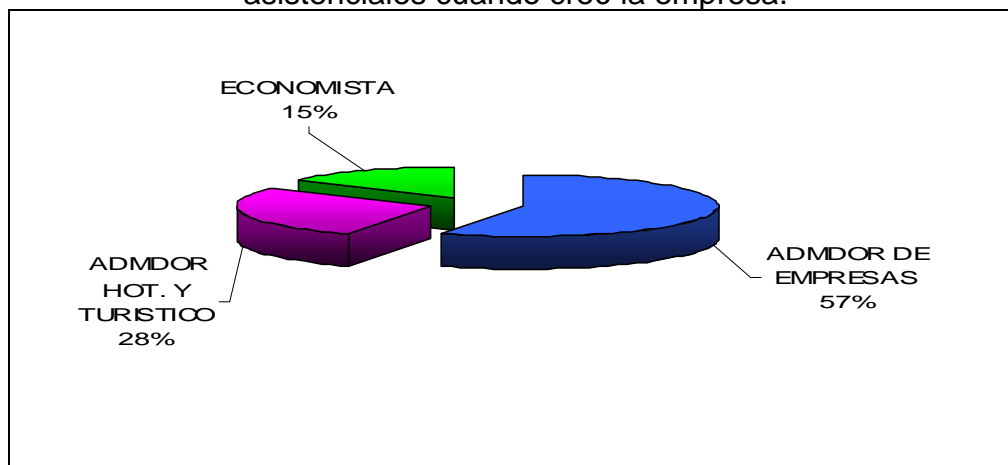
Cuadro 35. Profesión del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales cuando creó la empresa.

<b>PROFESIÓN DEL EMPRESARIO</b>	<b>FRECUENCIA ABSOLUTA</b>	<b>FRECUENCIA RELATIVA</b>
<b>ADMINISTRADOR DE EMPRESAS</b>	4	0.57%
<b>ADMINISTRADOR HOTELERO Y TURÍSTICO</b>	2	0.28%
<b>ECONOMISTA</b>	1	0.15%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Como es lógico, la gestión empresarial está directamente relacionada con la profesión de administrador de empresas. Pues, éste, ha recibido una formación que lo hace capaz e idóneo para formar cualquier tipo de organización. Por su lado, el administrador hotelero y turístico tiene un perfil ocupacional amplio para diferentes competencias que abarca un servicio en general. Obviamente, por su perfil profesional, está en capacidad de crear su propia empresa, lo raro del asunto está que a pesar de ser Santa Marta una ciudad por excelencia turística se incline por un proyecto diferente a su profesión. Aunque ya se explicó con anterioridad, que lo hicieron por que en el núcleo familiar poseen las personas aptas para desarrollar las actividades operativas que requiere la empresa.

Gráfica 31. Profesión del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales cuando creó la empresa.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

El único propietario que dijo ser economista, manifestó haber entrado en el sector por la herencia del negocio que le dejó su padre, que si hacía parte del ramo, era odontólogo de profesión.

En lo concerniente, al origen de éstos empresarios, las cifras del cuadro 38 y gráfica 33 muestran que nueve (9) de los empresarios entrevistados son nativos del departamento del Magdalena, dos (2) son oriundos de Cundinamarca, uno (1) es Cesarense, un (1) empresario nació en el departamento de Bolívar y otra es Argentina.

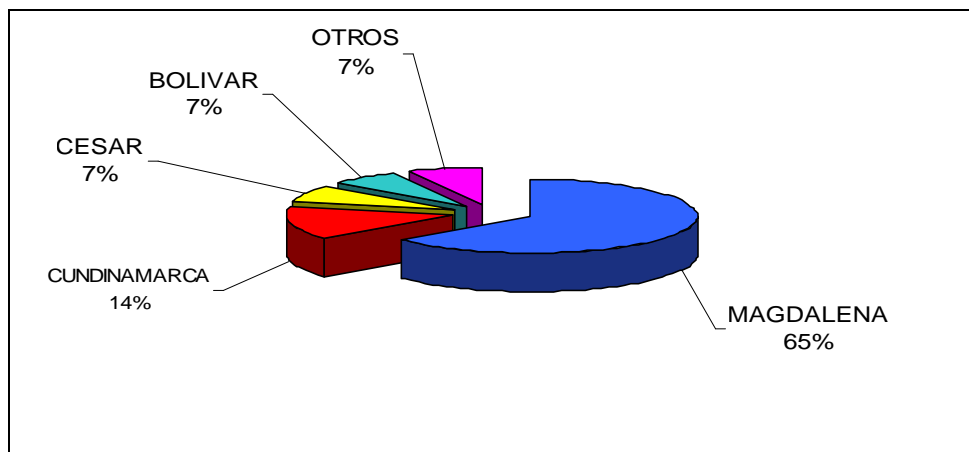
Cuadro 36. Origen del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales

DEPARTAMENTO DE ORIGEN DE LOS EMPRESARIOS	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
MAGDALENA	9	0.65%
CUNDINAMARCA	2	0.14%
CESAR	1	0.07%
BOLIVAR	1	0.07%
OTROS	1	0.07%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

La salud es una actividad tanto nacional como internacional que interesa a toda clase de personas. Es por ello, que se ve dentro del sector, la vinculación de empresarios de origen familiar distinguida en Santa Marta. Otros empresarios samarios de clase media, han trabajado durante años en empresas como clínicas, hospitales, EPS y demás; labores en las cuales han adquirido toda la información del movimiento del negocio. Sin embargo, contaron con el apoyo económico de sus padres, esposas y demás familiares para formar su propia empresa de salud.

Gráfica 32. Origen del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Los nativos de Cundinamarca, Cesar y Bolívar comentaron que tienen años de estar viviendo en Santa Marta y gracias a sus ahorros propios y la asociación con personas del mundo empresarial; encontraron el camino para entrar en el negocio de la salud.

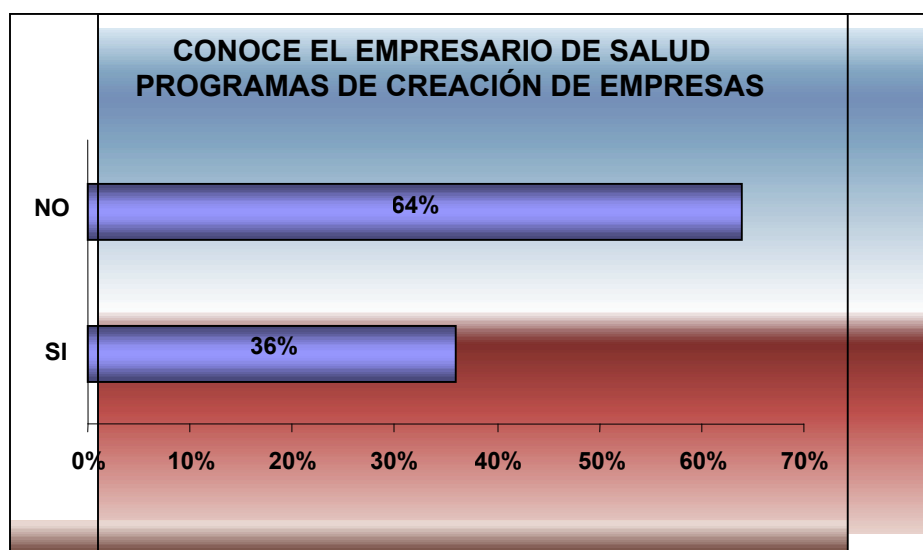
La propietaria ciudadana de Argentina, dijo que entró al sector de la salud por que su esposo es un prestigioso médico de la ciudad, que tiene mucho reconocimiento y experiencia en el ramo, quien la motivó a adentrarse en el mar de los negocios, persona de quien se habló ya en este trabajo, cuando se trató la evolución histórica de la salud, para las décadas de los setenta y ochenta en lo que tiene que ver con los esposos Ruiz y sus empresas: Centro Médico la Sagrada Familia y Clínica Capri.

Cuadro 37. Conocimiento de los programas de apoyo a la creación de empresas por parte del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales.

CONOCIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE APOYO A LA CREACIÓN DE EMPRESA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
SI	5	0.36%
NO	9	0.64%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Gráfica 33. Conocimiento de los programas de apoyo a la creación de empresas por parte del empresario de salud sin servicios médicos asistenciales.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Como se observa en el cuadro 37 y gráfica 33, el 64% de los entrevistados no conocen los programas específicos en creación de empresas por la poca publicidad que despliegan los organismos locales. En este sector, los empresarios han creado sus empresas gracias a sus conocimientos



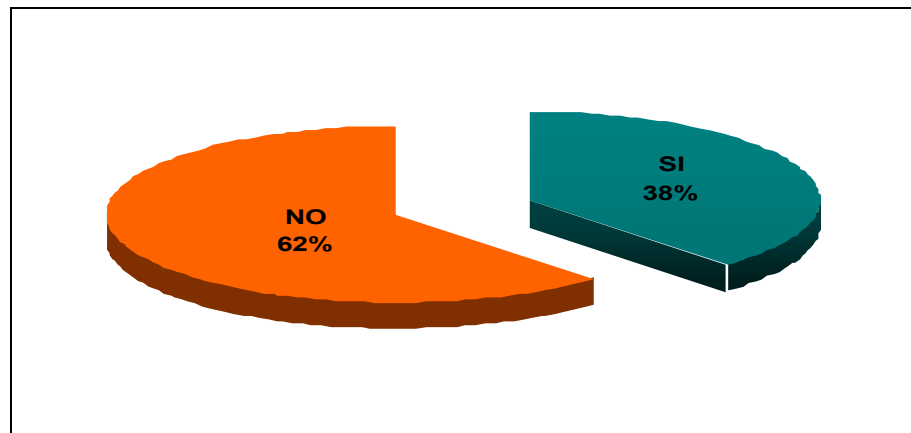
profesionales y experiencia laboral, ignorando la asesoría que le debe brindar entidades como el SENA y la Cámara de Comercio.

Cuadro 38. El empresario de salud sin servicios médicos asistenciales ha creado otras empresas.

<b>OTRAS EMPRESAS QUE EL EMPRESARIO HAYA CREADO</b>	<b>FRECUENCIA ABSOLUTA</b>	<b>FRECUENCIA RELATIVA</b>
<b>SI</b>	5	0.38%
<b>NO</b>	9	0.62%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Gráfica 34. El empresario de salud sin servicios médicos asistenciales ha creado otras empresas.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Según cuadro 38 y gráfica 34, únicamente cinco (5) empresarios del sector salud sin servicios médicos asistenciales han creado otras empresas, mientras que los otros nueve (9) no lo han hecho por falta de recursos económicos.

Ahora, se indicará cuántos de los propietarios entrevistados volvería a crear otra empresa y cuantos no lo volverían hacer explicando las razones expuestas por ellos.

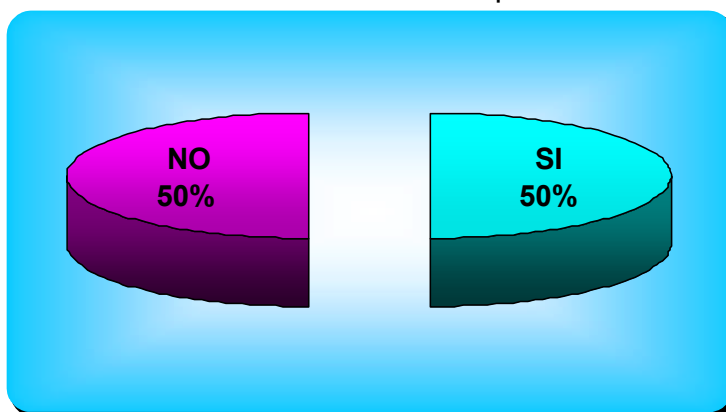
Cuadro 39. Volvería a crear una empresa.

CREARÍA OTRA EMPRESA	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
<b>SI</b>	7	0.50%
<b>NO</b>	7	0.50%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

De un total de 14 empresarios entrevistados, siete (7) contestaron que crearían otra empresa, ya que, les gusta la actividad empresarial, otros lo harían por crecer económicamente, otro dijo que constituiría una empresa de turismo con mucha tecnología y otro propietario comentó que conoce perfectamente la actividad turística como para crear más empresas dentro del sector, puesto su profesión es administrador hotelero y turístico.

Gráfica 35. Empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales que volvería a crear una empresa.



Fuente: Datos elaborados por los autores según datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los empresarios de salud sin servicios médicos asistenciales de Santa Marta

Los otros siete (7) empresarios que respondieron negativamente, se sienten conformes con la que tienen, mientras que al resto no le interesa tener más empresas.

## **10. DESCRIPCIÓN Y ANALISIS DEL DESARROLLO DEL SECTOR SALUD A PARTIR DE LAS EMPRESAS, CON BASE A LOS ENFOQUES PLANTEADOS EN EL MARCO TEÓRICO**

Santa Marta, es un Distrito Turístico, Cultural e Histórico, regido mediante Acto Legislativo 03/98, ratificado en el artículo 328 de la Constitución Política de Colombia, según el cual el verdadero desarrollo económico debe estar encaminado en este sentido. No obstante, se observa que la gran parte de la población samaria vive de los pocos cargos que le proporcionan las entidades oficiales y el resto de la economía informal a pesar de poseer un potencial natural y cultural, propicio para su desarrollo económico, sin visualizar que desarrollar a Santa Marta partir de la creación de empresas, es desarrollar su economía ofreciendo oportunidades para todos.

Lo anterior demuestra que la teoría de la Voluntad de William McGrevey no aplica para el sector salud en especial dentro del Distrito de Santa Marta, además que esta fue una postura fuertemente criticada por autores como Frank Safford<sup>127</sup>, Miguel Urrutia en “50 años de desarrollo en Colombia” y por Kenneth Loewy Núñez (1999) en los comentarios precisamente hechos al artículo de Rodolfo Segovia “*Hacia un Modelo Para la Industrialización de la Costa Caribe*”, dentro del libro “El Rezago de la Costa Caribe Colombiana”, ya que, con la presente investigación se confirmó que la mayoría de empresarios del sector son oriundos de otros departamentos del país, demostrando con ello que el samario no se siente motivado a crear empresas y mucho menos a buscar su independencia. Esto conlleva, a que el samario sea apático a la actividad empresarial estancando el desarrollo de la ciudad.

De igual forma, el desarrollo de la salud en la ciudad de Santa Marta es coyuntural, se hace sólo por aprovechar ciertas circunstancias específicas, es el caso actual que con el cese de las actividades hospitalarias del Hospital Central Julio Méndez Barreneche, sólo en el año 2005 se crearon más empresas que una década de estudio, fuera de eso se ha obstaculizado por dos grandes enemigos de este sector: “la baja cobertura de afiliaciones al sistema general de participación” y el “manejo del negocio” por las grandes compañías nacionales, que en una competencia desleal no permiten que el micro y pequeño empresario surja. Estos fenómenos junto con aspectos socioculturales, psicológicos, políticos e institucionales desfavorecen el crecimiento de la actividad empresarial y el desarrollo económico regional.

---

<sup>127</sup> **SÁFFORD, Frank.** (1965). “Commerce and enterprise in Central Colombia 1821-1870. Ph.D. Dissertation. Columbia University y (1965) *La significación de los antioqueños en el desarrollo colombiano*. Anuario Colombiano de Historia Social y Cultural. Nro. 2 Bogotá.

Teniendo en cuenta la teoría de la contingencia, las empresas del sector de la salud, funcionan bajo modelos organizacionales – el estándar nacional – que son inflexibles dentro de un entorno cambiante. Lo anterior, ha conllevado que sus estructuras organizacionales y financieras se vean muy deterioradas por los cambios del entorno y los efectos de la economía (bajos niveles de ocupación, disminución interna de personal en las empresas, procesos sin tecnología, no hay inversión, ausencia de empresas tipo de cadena y empresas franquiciadoras, etc.), tanto es su efecto, que muchas empresas no han podido sobrevivir ante estos cambios.

Sin duda muchas organizaciones de la salud han llegado al cierre o liquidación. Sin embargo, a este decrecimiento se suma la falta de visión empresarial de los negocios en nuestra región, pues, las empresas carecen de estrategias desarrolladoras de expansión y de crecimiento que permitan proyectarlas hacia nuevos mercados. Aunque, si lo que se busca es crear una empresa para entrar en mercados internacionales, el ZEIKY\* brinda talleres específicos en cultura exportadora de servicios pero muchas veces, las personas no se dan por enterado de estos talleres debido a la falta de divulgación de los mismos.

Por el contrario, considerando la teoría ecológica de las organizaciones, fueron pocas las entidades que utilizaron una estructura organizacional flexible ante las nuevas exigencias del contexto. De esta manera han sobrevivido demostrando su capacidad de adaptación ante las nuevas condiciones de su ambiente.

Otra teoría que se comprobó su aplicación en la creación de empresa es la teoría de la marginación, puesto que, varios empresarios comentaron que nunca fueron dados a la creación de empresas y que, por no tener otra alternativa para subsistir se sintieron obligados a tener su propio negocio. Esta circunstancia se presentó dentro del empresariado salud, básicamente desde la promulgación de la ley 100/93.

Del mismo modo hay que ver este análisis a partir de la teoría del Rol. El Distrito cuenta con las condiciones paisajísticas - sol, playa, centros históricos, reserva natural, etc., para favorecer el desarrollo deseado mediante la creación de paquetes atractivos que promuevan las cadenas productivas y clústeres. Lamentablemente, el samario aun no tiene la perspicacia para aprovecharlas y así poder promocionar diferentes frentes de

---

\* Centro empresarial de Comercio Exterior, encargado de generar la cultura exportadora y promover las exportaciones.

negocios de manera integral. Por ello, se ha desperdiciado la verdadera vocación de Santa Marta en busca del crecimiento económico.

En lo que concierne al emprendimiento en el Distrito de Santa Marta, no existen pioneros de empresas que lleguen a cambiar una situación existente a otra; es decir que el empresario magdalenense se resiste al cambio de procesos y aún tiene miedo e incertidumbre a la hora de innovar, crear y gestionar empresas, esto sustentado en lo expuesto por Schumpeter y Ludwin Von Mises en sus teorías.

Por el contrario, su iniciativa empresarial está relacionada con la teoría de Redes, ya que, gracias a sus relaciones sociales, contaron con el apoyo de amigos empresarios que le proveían de materia prima, les facilitaron la obtención de créditos bancarios, les brindaron asesorías profesionales, y tenían familiares y amigos que residían en la ciudad de Santa Marta, convirtiéndose posteriormente estos últimos en sus primeros clientes.

Está claro que la actividad empresarial de la salud presenta temporadas bajas donde no hay oferta laboral y el sector no contribuye a la disminución de los índices de desempleo nacional. Relacionando lo anterior con lo expuesto por Samuels y Rutherford en su definición de la teoría institucional y del crecimiento económico, sólo aplica para esta última situación de manera parcial.

Además porque la llegada de pacientes temporales a una región puede tener múltiples implicaciones sobre la actividad económica de ésta y más cuando Santa Marta, es el epicentro de la salud para la atención de muchos habitantes de municipios de los departamentos del Magdalena, Guajira y Cesar. Normalmente su impacto se mide en términos de cambios en el ingreso regional y en el empleo de forma transitoria. El primero puede medirse a través de la suma de las ganancias de los propietarios de los negocios relacionados con la actividad más los salarios pagados a los trabajadores que laboran en dichos negocios. El ingreso o el valor agregado (incluyendo impuestos indirectos) suele ser la medida para valorar la contribución de la salud a la economía de una región. Por su parte, el impacto sobre el empleo se cuantifica con base en los puestos de trabajo soportados por las ventas del sector en la región. Los empleos muchas veces no son expresados en términos de empleo de tiempo completo, debido a que muchas de las ocupaciones son de tiempo parcial o temporales.

Por su parte, ni la clase dirigente local, ni empresarios, ni representantes de organismos competentes del sector, piensan en presentar a Santa Marta como destino de la salud a nivel nacional e internacional, ni mucho menos promocionarla en las ferias de internacionales que se realizan en Europa o EE.UU., como suele suceder con Cartagena, que venden un paquete

integral, brindan una salud de calidad, pero la acompañan de bienestar, relajación, turismo, historia, etc., es el caso de la clínica que operó al exfutbolista Maradona y al hijo del expresidente del Ecuador Mebarak, que presta un excelente servicio, cuenta con los mejores cirujanos, pero a la vez brinda satisfacción y confort. De hecho, no existe en el Distrito, franquicias de clínicas u hospitales de cadena, reconocidos a nivel mundial que prueben lo contrario, como si los hay en Medellín y Cartagena, donde hay servicios médicos especializados con formatos franquiciadores de corte americano ofrecidos para la prestación de la salud. Además, la inversión en el sector se ve afectado por los problemas de imagen del país, ya que, la inseguridad interna y las famosas “vacunas” que exigen a los empresarios los grupos al margen de la ley; perturban el deseo de inversión del extranjero, aunque Santa Marta le ofrezca las condiciones suficientes para su explotación. Esto, impide la apertura de nuevas empresas provenientes de capital extranjero.

El sector salud presenta fuertes procesos de cambio tanto en el entorno nacional como internacional. Los ataques terroristas a los Estados Unidos de América, han producido en los negocios efectos más drásticos que ninguna otra crisis de los últimos años, circunstancias que han creado una atmósfera de incertidumbre, cierto miedo a viajar -al menos en avión y a ciertos destinos-, y una caída de la confianza de consumidores y empresas. Más aún, los ataques han agravado considerablemente las consecuencias del enfriamiento de la economía mundial, que ya estaba padeciendo la salud.

*“Una economía con poco empuje y una explosiva situación de orden público han aquejado a la industria colombiana de la salud desde hace varios años. En los noventa la calidad de vida en Colombia se estancó según cifras macro del DANE, debido al desempleo y la pérdida de poder adquisitivo frente a la inflación. Si bien el Gobierno Nacional ha reactivado la economía, Colombia aún mantiene el mayor índice de desocupados en Latinoamérica. Esta situación ha generado cambios en los estilos de consumo y hábitos de vida de los colombianos: se ha reducido la propensión a consumir bienes no esenciales, y más bien se buscan productos más baratos. El vestuario, la salud estética, las vacaciones largas y la recreación fueron los rubros más afectados por la reducción de consumo, al punto que la mayoría de los colombianos los consideran como un lujo”<sup>128</sup>.*

Sin embargo, desde 1999, los servicios de salud lentamente han recobrado mayor dinamismo. Analizados los resultados alcanzados en el año 2005 de las variables que permiten medir el comportamiento del sector, se puede observar que algunas de estas, a pesar de las circunstancias por las que ha

---

<sup>128</sup> MINISTERIO DE INDUSTRIA, COMERCIO Y TURISMO.  
[www.mincomercio.gov.co/mincomexvbecontent/documentos/turismo/Turismo/Doctos/inversio.doc](http://www.mincomercio.gov.co/mincomexvbecontent/documentos/turismo/Turismo/Doctos/inversio.doc)  
 Bajado de la Red, 23 de mayo de 2006.

atravesado el país y que inciden significativamente en su determinación, han tenido un crecimiento con respecto a las cifras alcanzadas desde el año 2000.

En 1994, el sector participaba con el 2,5% del PIB, mientras que esta participación se ha venido reduciendo progresivamente, ya que en el 2000 fue del 2.067%; sin embargo la reactivación de la economía ha incidido en el sector, ya que en el 2005 esa participación subió al 2,09%, y se estima que esta tendencia se mantenga para el periodo 2005-2006<sup>129</sup>. En 2003, el sector generó cerca de 50.000 empleos directos y a pesar de la problemática de desocupación en centros asistenciales que vive el país, los empleos se mantuvieron con la misma tendencia durante el periodo 2004, y la cual se evidencia también durante el 2005, donde hasta el primer semestre se generaron 35.000; en este orden de ideas, la meta propuesta para el 2006 pretende conservar este comportamiento<sup>130</sup>.

La situación de carácter social, que afecta la inversión en beneficio del desarrollo de Santa Marta, es la promoción negativa que dan los ciudadanos colombianos del país cuando se encuentran fuera de él. Pues estos solamente hablan de la violencia, la corrupción, narcotráfico y pobreza - problemas que azotan al país – perjudicando de esta manera al sector, puesto que atemorizan al empresario extranjero perdiendo la posibilidad que vengan y valoren lo bueno de la región para que se motiven a invertir en ella.

En cuanto al estímulo de la actividad empresarial en la región, ha sido un asunto que no ha arrojado los mejores resultados. Un gran número de empresarios desconocen los programas de apoyo a la creación de empresas a causa de la ausencia de un eficaz plan de marketing por parte de los entes locales. Además, los problemas de burocracia que se presentan en la tramitación, desaniman a aquellos empresarios conocedores de estas ayudas a hacer uso de ellas y más cuando para la parte institucional no se ve reflejada la voluntad política del gobernante hacia el desarrollo del sector, al marginar de la agenda interna de productividad y competitividad y de ciencia y tecnología el sector salud, como ya se había dicho antes en la problemática de esta investigación.

De igual manera, durante el periodo objeto de estudio (1990-2005) en Santa Marta no hubo grandes forjadores de empresas orientadas al desarrollo de la salud. Pues, desde un punto de vista institucional, es un problema que

---

<sup>129</sup> DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (DANE). [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co). Bajado el 29 de mayo de 2006.

<sup>130</sup> *Ibíd.*

radica en la inexistencia de programas para el fomento de la vocación empresarial, en los diversos colegios y universidades del Departamento. Aquellos empresarios con formación académica pertinente al sector fue porque estudiaron en otras ciudades, ya que sólo hasta hace cuatro años se dio la primera promoción de profesionales de la salud, egresados de la Universidad Cooperativa de Colombia, pues la universidad del Magdalena, aún se encuentra en proceso de formación y no ha sacado la promoción, ya que actualmente los primeros estudiantes del programa de medicina se encuentran en el octavo semestre, además de esto antes en Santa Marta se carecía de instituciones que ofrecieran dichas carreras, lo que hacía que la persona nativa de la ciudad tenía que irse a otros lugares a profesionalizarse, de ahí la baja oferta de profesionales empresarios de la salud.

No obstante lo anterior, la evaluación actual de Santa Marta permite afirmar que su producto en el campo de la salud aparece rezagado con respecto a otras ciudades de la costa, como lo es Cartagena, por ejemplo. A pesar que sus potencialidades son numerosas, posiblemente su principal inconveniente es que su oferta no es especializada. En parte esto es por qué los habitantes de Santa Marta y sus visitantes son familias de ingreso medio y medio-bajo, con lo cual los recursos que se irrigan a su economía son relativamente modestos. Elevar el perfil de los pacientes, o al menos diversificar las opciones para un grupo de mayor poder adquisitivo debe ser una de las prioridades de la actividad empresarial de Santa Marta.

Al examinar la evolución en las últimas décadas de la ciudad es posible detectar que Santa Marta no ha contado con un plan de desarrollo urbano, social y económico paralelo a la expansión de su actividad empresarial, lo que ha conducido a una gran cantidad de limitaciones en infraestructura y en servicios de apoyo. Actualmente la cobertura y calidad de los servicios públicos es insuficiente, existen pocas vías, y muy pocos parques y zonas verdes. Estos aspectos son también normalmente atribuidos a su poca dinámica económica y a su limitado conjunto empresarial.<sup>131</sup>

Igualmente la característica principal de los negocios en la ciudad es que está demasiado impregnada por la presencia de actividades informales. Además una buena parte del personal empleado en el sector tiene muy poco nivel de calificación, con lo que los servicios y en general la atención al cliente son deficientes.

Asimismo, las organizaciones del sector no han crecido o se han expandido. Muy a pesar que el Distrito cuenta con organismos encargados de promover las exportaciones de sus servicios – Como es el caso del ZEIKY o Proexport

---

<sup>131</sup> Véase Secretaría de Planeación Distrital, *El turismo en Santa Marta.*, pág. 2.



– no se observa la presencia de empresas del sector salud samario en otras partes de mundo mostrando las bondades de la ciudad, es el caso de las islas del Caribe, donde existe poca demanda de empresas de salud y potencialmente se pueden ofrecer servicios médicos especializados y de apoyo a la salud.

Teniendo en cuenta algunos aspectos del empresariado en función del desarrollo del sector a partir de las empresas, se verificó que los propietarios oriundos de otros departamentos de Colombia buscan el desarrollo aislando las empresas del contexto. Ellos son personas, que crean empresas para ser independientes de los empresarios capitalistas y de las entidades del sector público. Aunque, se les reconoce la importancia de su empirismo, muchos empresarios debido a su bajo perfil académico no han proyectado sus organizaciones hacia escenarios futuros trayendo con ello la obsolescencia de sus procesos y el estancamiento. Con esto, las empresas dejan ver que han carecido de una gestión profesionalizada.

Entidades como el SENA y los Bancos no facilitan créditos a las personas que, desafortunadamente no cuentan con el capital suficiente para constituir nuevas empresas, debido a la falta de experiencia crediticia y/o que no elaboran un plan de negocio bien estructurado, capaz de convencer a estos organismos de la viabilidad comercial del negocio, sumado a esto, se encuentra la cantidad de requisitos que exigen dichas entidades para su otorgamiento. Es por eso, que el samario no siente el apoyo económico de los organismos locales y no se le ve alta participación en la creación de empresas. Por consiguiente, se ven obligados a vender su idea de negocio a empresarios de otras regiones del país que cuentan con los recursos económicos necesarios para esa inversión.

## 11. CONCLUSIONES

La presente investigación se basó en información bibliográfica y consultas de entidades del sector en donde se determinó las siguientes conclusiones:

Con el análisis y el estudio del subsector salud se puede concluir que se ha conocido gran parte de los antecedentes históricos, como fueron sus orígenes su esparcimiento por América, Colombia y finalizando en el Distrito de Santa Marta, objeto de estudio de ésta investigación.

Durante el trasegar histórico se denotó que en este proceso se involucraron personajes católicos, militares, políticos y comerciantes que han influenciado durante su recorrido histórico y en el desarrollo empresarial del sector no sólo en el ámbito local, sino a nivel mundial.

Es por eso, que después de haber realizado consultas históricas, el desarrollo empresarial del sector salud en Santa Marta, se ha venido desarrollando a través de los años de forma paulatina, pero con un pronunciado nivel de crecimiento en los últimos años, razón importante para resaltar dentro de desarrollo y crecimiento del sector dentro del departamento y por ende de la ciudad de Santa Marta. Aunque, de acuerdo con el tamaño de empresas que existen, se determinó que el 93% de las Empresas de salud del Distrito de Santa Marta poseen un tamaño Micro, ya que la ciudad ha acogido auge más en la creación de este tipo, dejando a un lado crear grandes empresas, por la falta de inversión, formación y capacitación de temas relacionados con la salud en el Magdalena.

Así las cosas este subsector no cuenta con grandes empresas en el Distrito, y más cuando al hacer un análisis de cómo está el sector en cuanto a tamaño de empresas se refiere, basándonos en la ley 590/00, predominan las microempresas a pesar de la prosperidad del subsector en el país, demostrando que el subsector viene manejando su productividad de manera informal, mostrando con ello un decrecimiento a nivel empresarial.

Cabe resaltar que las empresas de salud en el departamento del Magdalena sólo se encuentran ubicadas en su totalidad en la ciudad de Santa Marta, según información obtenida de la Cámara de Comercio de Santa Marta, quedándose atrás los demás Municipios, y si existen empresas de este tipo en los demás Municipios, se encontrarán de forma ilegal, mostrando con ello una gran ventaja competitiva a nivel regional que se debe aprovechar.

En cuanto a los organismos de apoyo y/o programas de ayuda para la creación de empresas, se demostró un desconocimiento de estos programas o proyectos y, en su ejecución existe un incumplimiento de las entidades de

apoyo con algunos empresarios, especialmente en lo que tiene que ver con incentivos económico, capacitaciones y reestructuración del precio del sistema de participación (Plan Obligatorio de Salud), además porque por lo general no se llevan a cabo los proyectos. Por consiguiente esta falta de conocimiento ha generado un perfil bajo del empresario de salud, que ha hecho que no se haya diseñado e implementado un modelo gerencial eficiente que permita el desarrollo de una gerencia exitosa asentada en la construcción de conocimientos, habilidades y destrezas para el desarrollo económico de las organizaciones de este tipo, a su vez que acceda a tomar decisiones estratégicas que determinen las dirección hacia el futuro y la posición competitiva de la organización.

Otro punto que se debe destacar es el de la inversión extranjera en el sector, el cual ha presentado un comportamiento oscilatorio en la pasada década, presentando un fuerte descenso en los últimos años, debido a factores externos como la desaceleración de la economía a nivel mundial y la posterior crisis que el sector vivió, así como internos derivados de la recesión nacional y los factores de seguridad que hacen que el perfil del negocio no sea tan rentable frente a otro tipo de inversiones.

Por último el valor intangible que tiene la presente investigación para la Universidad del Norte es de vital importancia porque ayuda a alimentar la línea de investigación desarrollo empresarial y comprender mejor la investigación institucional el desarrollo empresarial de Barranquilla 1950-2000, de la misma manera porque es elemental aportarla como consulta bibliográfica que de alguna u otra manera permita orientar a las personas que deseen investigar más acerca de este tema, ya que en Santa Marta existen pocos estudios y además porque ayuda a contribuir con la apertura y gestión de nuevos programas educativos.

Fuera de lo anterior porque puede llegar a ser un hecho que incentive la investigación y a la Ciudad de Santa Marta porque le contribuye a los samarios a crear grandes empresas de salud que ayuden al crecimiento y desarrollo del Sector, atrayendo de antemano a aquellos inversionistas Magdalenenses que no se atreven a invertir en negocios de este tipo. Además porque Ayuda a cambiar la cultura y paradigmas que tienen estos a la hora de crear empresas.

## 12. RECOMENDACIONES

Los autores hacen las siguientes recomendaciones para que sean atendidas y tenidas en cuenta por la opinión pública y los organismos encargados del sector de la salud tanto a nivel Distrital como departamental y nacional.

La ciudad requiere de unos lineamientos o estrategias para atraer clientes y consolidar el servicio y con ello contribuir a solucionar en parte el problema del desempleo. Estas estrategias además de diseñarse para el provecho económico con programas o actividades de atractivo nacional e internacional, deben obedecer coyunturalmente a mostrar las bondades y calidad que puede tener nuestro servicio de salud, es por ello que para eso se debe diversificar y especializar la oferta de la ciudad para las nuevas generaciones.

- ✚ Que se muestre a Santa Marta en todas sus actividades comerciales y de servicios institucionalizando programas coordinados por los entes implicados en el sector, apoyados por la Alcaldía y el Gobierno Nacional, para realizar lineamientos específicos desarrollando programas interrelacionados entre la salud y los demás sectores de la economía, a fin de generar cadenas productivas y fomentar la creación de clústeres, creando para ello paquetes integrales, es decir que a clientes de corte nacional e internacional fuera del servicio de salud que se va a prestar, también se le ofrezca turismo, cultura e historia, como alternativa económica y de generación de empleo, para aprovechar las bondades naturales que ofrece la ciudad; de la misma manera gestionando así los recursos que se requiera, porque con ello se eleva el nivel económico del cliente de la salud en Santa Marta, pasando de un perfil bajo o medio-bajo a medio-medio o medio-alto.
- ✚ Al Samario y en especial a los niños hay que prepararlos con una perspectiva de Santa Marta al inculcarle a través de la enseñanza en los colegios el amor por su ciudad y el emprendimiento, como alternativa de crecimiento y desarrollo no sólo económico sino también cultural, político y social, para que con ello se les invite a reflexionar y asumir actitudes positivas frente a ella
- ✚ Implementar en las Universidades de la Ciudad diferentes programas académicos que diversifiquen la oferta de profesiones atinentes al sector de la salud, tanto a nivel de pregrado como en postgrados, para que así los profesionales le presten un excelente servicio al cliente tanto local como nacional y extranjero, puesto que, en las exposiciones de las entrevistas y encuestas aplicadas a los empresarios del sector, se notó que en varias ocasiones les tocaba acudir a otras ciudades del país para estudiar estas

temáticas, dejando con ello un vacío en la educación samaria y por supuesto en el manejo, operacionalización y dirección de los servicios de la salud.

Que los programas de apoyo a la creación de empresas se hagan conocer más por medio de un plan de marketing que especifique con claridad los pasos para crear empresas y como debe mantenerse en el mercado. Además de publicar en los periódicos de la ciudad, revistas y medios de comunicación asequibles, información acerca de todo tipo de eventos, proyectos, capacitaciones que vayan en beneficio del empresario, ya que por la falta de información, muchos pierden la oportunidad de progresar.

Construir una base de datos de las empresas de salud con el fin de hacerles llegar las novedades o avances que se hacen en el sector a nivel local, regional y Nacional, esto con la ayuda de los gremios productivos y organismos de dirección, control y vigilancia. Por cuanto como están las cosas no hay un medio que les permita hacerles llegar estas informaciones y por ende el empresario no presente desmotivación sobre privilegios que tienen otros, como piensan muchos de ellos.

Para terminar, pedirle a los empresarios del sector de la salud en Santa Marta, que se quiten la coraza o armadura de caballero hidalgo que poseen y permitan a los estudiantes, coinvestigadores o demás personas que están en la labor educativa y científica por lo menos la atención y respaldo en este tipo de trabajos, puesto con ello no sólo se benefician las instituciones educativas que adelantan las investigaciones sino al progreso del sector y por ende a las regiones, que a la postre es donde finalmente va el producto resultante de dichos trabajos investigativos.

## BIBLIOGRAFÍA

AGUADO, Fray Pedro de (1916) *Historia de Santa Marta y Nuevo Reino de Granada*, Establecimiento Tipográfico de Jaime Ratés. Madrid

ALARCON, José C. (1962) *Compendio de la Historia del Departamento del Magdalena, desde 1525 hasta 1895*. Imprenta Departamental de Barranquilla, Santa Marta.

ANDER EGG, Ezequiel (1987). *Técnicas de Investigación Social*. Octava edición. Editorial Hvmánitas. Buenos Aires.

AMIN, A. y THRIFT, N. (1993) "Globalization, institutional thickness and local prospect" *Revue d'Économie Regionale et Urbaine* n° 3.

ARELLANO, D. (1992) *Teoría de la organización y análisis organizacional: Hacia nuevos paradigmas*. México, CIDE.

ARICARPA, Ricardo (1993). *Una vida entera por la vida. Hospital Universitario San Vicente de Paúl: 80 años*. Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín.

ARZUZA BUELVAS, María Cristina y MARTINEZ POLANIA, Joselín (2004) Marco Institucional Formal de la Creación de Empresas en Barranquilla y Cartagena. Trabajo de Grado de la Maestría en Administración de Empresas de la Universidad del Norte. Barranquilla Pp. 28

BALL, Donald A., (1996) "Negocios Internacionales. Introducción y aspectos esenciales". Quinta edición. Editorial Irwin. España.

BARQUIN C. Samuel, (1994) *Historia de la Medicina*. Méndez Editores S.A. México D.F Pp. 399.

BARTHE, L. (1998) *La construction politique du territoire dans les stratégies de développement local*. Gedodoc. Université de Toulouse- Le Mireil n° 46.

BERMUDEZ BERMUDEZ, Arturo Eduardo (1997). *Materiales para la Historia de Santa Marta*. Segunda Edición. Fondo Mixto de Promoción de la Cultura y las Artes del Magdalena (FONCULTURA) y Editorial Kimpres Ltda. Bogotá D.C. Pp 1-360.

----- (2000). *Don Rodrigo de Bastidas Adelantado de Santa Marta*. Editorial Kimpres. Bogotá D.C.

BERNAL TORRES, César Augusto (2000). *Metodología de la Investigación para Administración y Economía*. Prentice Hall. Pearson. Bogotá.

BORDELEAU, Iván y otros (1987) *Modelos de Investigación para el Desarrollo de Recursos Humanos*. Editorial Trillas. México D.F

BREW, Roger (1977) *el Desarrollo Económico de Antioquia desde la independencia hasta 1920*. Publicaciones del Banco de la República. Archivo de la Economía Nacional. Bogotá.

BUNGE, Mario (1981). *La ciencia, su método y su filosofía*. Ediciones Siglo Veinte. Buenos Aires.

----- (1989). *La Investigación Científica*. Edición Corregida. Ediciones Ariel. Barcelona (España).

CALVO STEVENSON, Haroldo, MEISEL ROCA, Adolfo. (Editores, 1999). "*El rezago de la costa caribe colombiana*". Banco de la República, Fundesarrollo, Universidad del Norte y Universidad Jorge Tadeo Lozano Seccional del Caribe, primera edición.

CARBAUGH, Robert J. (1999) "*Economía Internacional*". Sexta edición. Soluciones empresariales. Thompson Editores. México.

CARDENAS ARROYO, Felipe (1983) *Los Cacicazgos Tayrona. Un acercamiento arqueológico y etnohistórico*. Universidad de los Andes, Facultad de Artes y Ciencias, Departamento de Antropología. Bogotá

CARMONA, Juan Ignacio (2005). *Enfermedad y sociedad en los primeros tiempos modernos*. Primera edición. Universidad de Sevilla (España). Pp. 294.

CASTRO DE NIÑO, Miriam Antonieta (1987) *Apuntes Sobre Metodología de la Investigación Científica*. Universidad Simón Rodríguez. Caracas.

CAVES, R. E. (1960) *Trade Economic Structure*. Cambridge University.

CERDA GUETIERREZ, Hugo (1991). *Los elementos de la Investigación. Como reconocerlos, diseñarlos y construirlos*. Editorial el Buho. Bogotá D.C

----- (1997). *La Investigación Total*. Cooperativa Editorial Magisterio. Bogotá D.C

CONDE, Jorge y SOLANO, Sergio (1993) *Elite empresarial y desarrollo industrial en Barranquilla, 1875-1930*. Ediciones Uniatlántico, 1993.

CORLEY, T (2000). 'Multinational Theory and the Business Historian', in A. Slaven (ed.), *Business History, Theory and Practice*. Proceedings of the Glasgow Conference on Business History and Theory, Glasgow, Centre for Business History in Scotland, pp. 1-12.

CRUZ SANTOS, Abel (1979) *Antioquia y su desarrollo económico*. Boletín Cultural y Bibliográfico. Banco de la República. Biblioteca Luís Ángel Arango. Volumen XVI, Número 4. Abril. Bogotá. Pp. 110-117

CHENERY. Hollis B. (1961) *Políticas de Desarrollo y Ventajas Comparativas*. The American Economic Review, marzo de 1961; reproducido en el trimestre económico, núm. 114, abril-junio de 1962, pp. 308-393.

DAVID, Fred. R., (2003) "*Conceptos de Administración Estratégica*". Novena Edición. Pearson, Prentice Hall, México.

DÁVILA LADRON DE GUEVARA, Carlos (comp.) (2002) *Empresas y empresarios en la historia de Colombia. Siglos XIX – XX*. Una colección de estudios recientes. Ediciones Uniandes, Norma, Santa Fé de Bogotá.

----- (1986) *El empresariado colombiano: una perspectiva histórica*, Pontificia Universidad Javeriana, FEI, Bogotá.

DEFFONTAINES, J.P. y PROD'HOMME, J.P. (2001) *Territoires et acteurs du développement local. De nouveaux lieux de démocratie*. París, Editions de l'Aube.

DE LA ROSA, José Nicolás (1975) *Floresta de la Santa Iglesia Catedral de la Ciudad y Provincia de Santa Marta*. Biblioteca Banco Popular, Bogotá.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICAS DANE (2006). Cifras Económicas. [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co)

DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA (1870) y (1890). Archivo Histórico del Departamento del Magdalena, Cajas Legislativas, Santa Marta.

DIAZ-ALEJANDRO, Carlos. (1975) *Las políticas de comercio exterior y el desarrollo económico*. Versión abreviada de "Trade policies and economic development, en P. Kenen (compilador), *Internacional trade and finance: frontier for research*, Cambridge University Press. Cambridge. Según Intercambio y Desarrollo. Selección de Ricardo French-davis. El trimestre económico Nro. 38. Fondo de Cultura Económica. México. 1981. pp. 97-140.



DOLMATOFF G., Reichel (1954) *Investigaciones Arqueológicas en la Sierra Nevada de Santa Marta. Parte I*, Revista Colombiana de Antropología II. Bogotá;

DRUCKER, Peter F. y otros. (2004) “*Cómo medir el rendimiento en la empresa*”. Harvard Business Review. Primera edición. Editorial Deusto. Argentina.

ESTEFANIA, Joaquín. (2001) “*La nueva economía, la globalización*”. Primera edición. Ediciones Debolsillo. España.

ESTEVA DE SAGRERA, Juan (2005). *Historia de la farmacia, la riqueza y el bienestar*. Primera Edición. Editorial Masson, Madrid. Pp. 416

FERNÁNDEZ DE ENCISO, Martín (1979) *Suma de Geografía*. Biblioteca del Banco Popular. Bogotá

GARCIA BALLESTER, Luís (2004). *Artifex, Factivus, Sanitatis: saberes y juicio profesional de la medicina en la Europa pluricultural de la baja edad media*. Primera Edición. Universidad de Granada (España). Pp. 556

GARCIA BENITEZ, Monseñor Luís (1953) *Reseña Histórica de los Obispos que han Regentado la Diócesis de Santa Marta*. Primera parte, Volumen LXXXVI, Biblioteca de Historia Nacional. Bogotá.

GARGANTILLA, Pedro (2005). *Las enfermedades de los Reyes de España: Los Austrias*. Primera Edición. Editorial La Esfera de los Libros. Pp. 500

GONZALEZ, F., NAVARRO, A., y SANCHEZ, M.A (2005) *Los hospitales a través de la historia y el arte*. Primera Edición. Editorial ARS Médica. Madrid España. Pp. 194

GOUX-BAUDIMENT, F. (2001) *Quand les territoires pensent leur futur*. París, Editions de l'Aube.

HAGEN, E. (1963). *El Cambio Social en Colombia. El Factor Humano en el Desarrollo*. Tercer Mundo. Bogotá

HAMEL, Gary. (1996) “*Strategy as Revolution*”, Harvard Business Review 74, núm. 4, julio-agosto de 1996, pp. 69-82.

HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto, FERNANDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar (1991). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill Editores, México.

HINESTROZA LLANOS, Alberto y MANRIQUE CASTRO, Leonor (2001) *Santa Marta, Ciudadanos Beneméritos 1525-2001. 476 años de su fundación*. Magazín Turístico y de Medio Ambiente. Universidad del Meta y Universidad Simón Bolívar. Santa Marta.

HORTA, Hernán. (1988) "Modernización, transporte y espíritu empresarial en Colombia durante el siglo XIX", Revista Huellas, No 22, Universidad del Norte, Barranquilla.

HURTADO DE BARRERA, Jacqueline. (2000) *Metodología de la Investigación Holística*. Tercera Edición. Fundación Servicios y Proyecciones para América Latina (Sypal) e Instituto Universitario de Tecnología Caripito. Caracas.

----- (1996). *El Anteproyecto y el Marco Teórico. Un enfoque Holístico*. Fundación Servicios y Proyecciones para América Latina (Sypal) e Instituto Universitario de Tecnología Caripito. Caracas.

JARILLO, José Carlos y MARTÍNEZ ECHEZARRAGA, Jon I. (1994) "*Estrategia Internacional. Más allá de la exportación*". Tomo 3, serie McGraw-Hill. Bogotá. Pág. 26 – 27.

JAYWARD, J.A (1987) *Historia de la Medicina*, Traducción de Carlos M. Torres. Fondo de Cultura Económica. México D.F.

KALMANOVITZ, S. (2001) *Las Instituciones y el Desarrollo Económico en Colombia*, Grupo Editorial Norma, Bogotá.

KAST, J. y BROCKHAUS, J. (1998). *Advances in Entrepreneurship, Firm Emergence and Growth*, Greewich. JAI Press.

KEARNEY, Jean y SOUBIRAN, André. *El Diario de la Medicina*. Traducido del Francés por Juan Masoliver Ramón y Margarita García, Edición: Pev latros, Ltda. México D.F

KELLER, K. L., y otros. (2004) "*Nuevas tendencias de Marketing*". Harvard Business Review. Primera edición. Editorial Deusto. Argentina.

KIRZNER, I. (1973). *Competition and entrepreneurship*. Chicago: University Press. Versión castellana: (1975). *Competencia y función empresarial*. Madrid: Unión Editorial

LOPEZ GARAVITO, Luís F. (1992) *Intervención de Estado y Economía en Colombia*. Universidad Externado de Colombia. Pág. 359

LOPEZ MONTAÑO, Cecilia y ABELLO VIVES, Alberto, (Coordinadores, 1998). *“El Caribe Colombiano. La realidad regional al final del siglo XX”*. Primera edición Departamento Nacional de Planeación, Observatorio del Caribe Colombiano. TM editores.

----- (1998) *“La Costa que queremos: reflexiones sobre el Caribe Colombiano en el Umbral del 2000”*. Departamento Nacional de Planeación, Ediciones Universidad del Atlántico, Observatorio del Caribe Colombiano. Editorial Gente Nueva, primera edición. Cartagena.

LOPEZ VELASCO, Pick (1979). *Cómo Investigar en Ciencias Sociales*. Editorial Trillas, México.

McGREEVY, William (1975). *Historia económica de Colombia, 1845-1930*. Tercer Mundo. Bogotá

MEDINA, Doménech (2005). *Historia de la medicina en el siglo XXI, una visión poscolonial*. Universidad de Granada, (España). Pp. 196

MEISEL ROCA, Adolfo (editor, 1994). *“Historia económica y social del Caribe Colombiano”*. Ediciones Uninorte, Ecoe Ediciones. Primera edición.

MENDEZ ALVAREZ, Carlos Eduardo (1995) *Metodología. Guía para elaborar diseños de investigación en ciencias económicas, contables y administrativas*. McGraw-Hill, Bogotá.

----- (2002) *Metodología. Diseño y Desarrollo del Proceso de Investigación*. Tercera edición. McGraw-Hill. Bogotá D. C, Pág. 3 – 227.

MINTZBERG, Henry (1987) *“Crafting Strategy”*, Harvard Business Review 65, núm. 4, julio-agosto, pp. 66-75.

MINTZBERG, Henry, AHLSTRAND, Bruce y LAMPEL, Joseph (1998) *Strategy Safari: A Guided Tour through the Wilds of Strategic Management*, Free Press, Nueva York.

MISES, Ludwing Von (1986) *La acción Humana. Tratado de economía*. (4ª. Edición). Unión Editorial. Madrid.

NAMAKFOROOSH, Mohammad (1995). *Metodología de la Investigación*. Editorial Limusa. México.

NORTH, Douglas (1993). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*, México, Fondo de Cultura Económica.

OSBORNE, David, GAEBLE, Ted. *La influencia del espíritu empresarial en el sector público*. www. Yahoo.com

PARADA, Jairo (2003). Economía institucional original y nueva economía institucional: semejanzas y diferencias. *Revista de Economía Institucional*, Vol. 5 (8), 92-116

PARRA, Marina (1998) *La Investigación Científica y sus Etapas*. Colección Ensayos. Mes de Mayo. Universidad Autónoma de Colombia, Sistema Universitario de Investigaciones. Bogotá D.C.

PORTER. Michael E., (1996) “*What Is Strategy ?*”, *Harvard Business Review* 74, núm. 6, noviembre-diciembre, pp. 61-78.

PREUSS, Honrad Theodor. *Visita a los Indígenas Kágaba de la Sierra Nevada de Santa Marta*. Traducción de María Mercedes Ortiz. Colcultura: Instituto Colombiano de Antropología e Historia. Bogotá

RAMIREZ TAMAYO, Amparo Aurora (2004). *Historia de la Medicina en Santa Marta*. Primera edición. Editorial Universidad Cooperativa de Colombia. Facultad de Ciencias de la Salud. Medellín. Pp. 1-110.

REPUBLICA DE COLOMBIA. Presidencia de la República. (2004). Capítulo VI “Siete herramientas de equidad social” Informe oficina de derechos humanos.

<http://www.derechoshumanos.gov.co/descargas/informe2004/capitulo6.pdf>

RESTREPO TIRADO, Ernesto (1975) *Historia de la Provincia de Santa Marta*. Serie Publicaciones Especiales del Instituto Colombiano de Cultura Subdirección de Comunicaciones Culturales, División de Publicaciones e Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá D.C. Pp. 1-561

RIERA, Juan. (1985) *Historia, Medicina y Sociedad*. Ediciones Pirámide. Madrid. Pp. 43

RODRÍGUEZ, Manuel (1993). *El empresariado industrial del viejo Caldas*. Uniandes. Bogotá

RODRÍGUEZ, O. (2001). *Economía institucional, corriente principal y heterodoxia*. *Revista de Economía Institucional*, 4, Primer Trimestre.

ROJAS SORIANO, R. (1998) *Guía para realizar investigaciones sociales*. México. Universidad Autónoma de México.

RUEDA PEREZ, Gilberto (1999) *El Triunfo de la Medicina Sobre la Magia. En el Arte de Cura*. Editorial Afidro. Bogotá D.C

RUTHERFORD, Malcolm. (2000). Institutionalism Between the Wars. *Journal of Economic Issues*, 34(2), 291-303.

----- (2000). Understanding Institutional Economics: 1918-1929. *Journal of the History of Economic Thought*, 22(3), 277-308.

SAÉNZ, E. (1992). *La ofensiva empresarial. Industriales, políticos y violencia en los años 40 en Colombia*. Tercer Mundo.-Uniandes. Bogotá

SÁFFORD, Frank. (1965). Commerce and enterprise in Central Colombia 1821-1870. PhD. Dissertation. Columbia University.

----- (1965). *La significación de los antioqueños en el desarrollo colombiano*. Anuario Colombiano de Historia Social y Cultural. Nro. 2 Bogotá

SALKIND, Neil J. (1998) *Métodos de Investigación*. Prentice Hall. México D.F

SAMUELS, W. (1988). *Institutional Economics*. Vol. I. Edward Elgar, England.

----- (2000). Institutional economics after one century. *Journal of Economic Issues*, 34(2), 305-315.

SANTA E. (1994). *La colonización antioqueña. Una empresa de caminos*. Tercer Mundo. Bogotá.

SCHUMPETER, J.A. (1934). *Theory of economic development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

----- (1978) *Teoría del Desarrollo Económico*. Fondo de Cultura Económica. México

SELLTIZ, C., JAHODA, M. y Otros (1971). *Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales*. Quinta Edición. Ediciones Rialp, S.A. Madrid.

SENRA VARELA, A. (2004) *Comentarios Hipocráticos sobre cultura y saber médico*. Primera edición. Editorial Díaz de Santos, España. Pp. 220.

SHAPERO, A. y SOKOL, L. (1982). The social dimensions of entrepreneurship. En: Kent, C.; Sexton, D. y Vesper, K. *Encyclopedia of entrepreneurship*. p. 72-90.

SHANE, S., KOLVEREID, L. (1995). National Environment, Strategy, and New Venture Performance: a Three Country Study. In: Journal of Small Business Management; p. 37-50.

SHANE, S. y VENKATARAMAN, S. (2000). *The promise entrepreneurship as a field of research*. Academy of management Review. Vol. 25:1, Pp. 217-226

SILVA LIRA, Iván (1998). *Manual de desarrollo local. Dirección de desarrollo y gestión local*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planeación económica y social ILPES.

SILVA PÉREZ, Rocío (2003). *Desarrollo Empresarial Versus Desarrollo Territorial en el Sistema Productivo Almeriense*. Departamento de Geografía Humana. Universidad de Sevilla (España). Pp. 1-10

SLYWOTZKY, Adrian y WISE, Richard. (2004) "*Cómo Crecer Cuando Los Mercados No Crecen*". Grupo editorial Norma. Bogotá.

SMALLBONE, D; NORTH, D. y KALANTARIDIS, C. (1999). Adapting to Peripherality: A Study of Small Rural Manufacturing Firms. In: Northern England. Entrepreneurship & regional Development. Taylor & Francis Ltd, UK.Vol.1; p. 109-127.

SOJO, José Raimundo (1970). *El Comercio en la Historia de Colombia*. Editado por la Cámara de Comercio de Bogotá y Editorial Presencia Ltda. Bogotá. D.E.

SOLANO DE LAS AGUAS, Sergio. "*Familia empresarial y desarrollo industrial en el caribe Colombiano. El caso de la fábrica de Tejidos Obregón*", Historia y Cultura, Universidad de Cartagena, No: 1, 1993.

SORIANO LLERAS, Andrés (1979) *La Medicina en el Nuevo Reino de Granada Durante la Conquista y la Colonia*. Editorial Nelly, Bogotá.

SORIGUER ESCOFET, Federico J.C (2005) *El médico y el científico*. Primera Edición. Editorial Díaz Santos. España. Pp. 222.

STALK, G. y otros. (2004) "*Estrategias de crecimiento*". Harvard Business Review. Primera edición. Editorial Deusto. Argentina.

SUAREZ DE LA CRUZ, Alberto Camilo (1998). *Metodología y Hermenéutica: para el estudio, la investigación y la superación*. Segunda Edición, ediciones Jurídicas Gustavo Ibáñez. Giro Editores Ltda. Bogotá D.C

THOMPSON, Arthur A. Jr y STRICKLNAD, A. J. III, (2003) “*Administración Estratégica*”, Decimotercera edición. Universidad de Alabama. Editorial McGraw-Hill. México.

THOMPSON, James D. (1967). *Organizations in Action*. New York: McGraw – Hill.

TIRADO MEJÍA, Álvaro (1979). *Introducción a la Historia Económica de Colombia*. Novena Edición. Editorial La Carreta y Editorial Lealon. Medellín Pp. 1-380

TORO RESTREPO, Julio Ernesto (2003). *El hospital como empresa*. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Segunda Edición. Medellín. Pág. 1-26.

TOVAR. B (1994). *La historia al final del milenio*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Facultad de Ciencias Económicas (2006). <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/2006969/lecciones/cap3-1.htm>

VARELA Rodrigo, (2001), *Innovación empresarial: arte y ciencia de la creación de empresa*. Editorial Prentice Hall. Bogotá D.C. Pp 83-116.

VECIANA VERGES, José María (1988). *Empresario y proceso de creación de empresas*. Revista Económica de Cataluña, 8, mayo-agosto.

----- (1999). *Creación de empresas como programa de investigación científica*. Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa, Universidad Autónoma de Barcelona 8(3), 11-36.

VENKATARAMAN, S. (1997) *The Distinctive Domain of Entrepreneurship Research*. Greenwich. JAI Press

VILLA POLO, J. (2003). *Tratados Hipocráticos. Vol. 8: Naturaleza del hombre, lugares en el Ho*. Editorial Gredos. España. Pp. 592.

VIVES DE ANDREIS, José Benito (1981). *Pepe Vives Cuenta Su Vida*. Editorial Mejoras Ltda. Santa Marta

ZAPATERO, Juan Manuel (1980). *Historia de las fortalezas de Santa Marta y Estudio Asesor para su reconstrucción*. Academia Colombiana de Historia, Biblioteca de Historia Nacional Volumen CXLII. Bogotá.

----- (1978). *La ciudad de Santa Marta de las Indias y sus fortalezas*. Madrid