

**PLAN ESTRATÉGICO DE LA CLÍNICA UCI DEL RÍO S. A.
2018 - 2021**

***JENNY PATRICIA GALLEGO RUEDA
SAMUEL VANEGAS VILLEGAS***

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
SANTIAGO DE CALI 2018**

**PLAN ESTRATÉGICO DE LA CLÍNICA UCI DEL RÍO S. A.
2018 - 2021**

***JENNY PATRICIA GALLEGO RUEDA
SAMUEL VANEGAS VILLEGAS***

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR A MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN

**DIRECTOR
BENJAMÍN BETANCOURT GUERRERO**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN
SANTIAGO DE CALI 2018**

Nota de Aceptación

Aprobado por el Comité de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Universidad del Valle para optar al título de Magister en Administración

Jurado 1

Jurado 2

Santiago de Cali, 20 de Marzo de 2018

DEDICATORIA

A ese ser humano maravilloso quien ha sido mi maestro de vida, mi tutor en todos los ámbitos de mi vida, en lo profesional, en lo laboral, en lo personal, en la pasión y en el amor

Jenny Patricia Gallego Rueda

DEDICATORIA

Muy especialmente le dedico a *Ella* pues, siendo la mayor motivación en mi vida encaminada al éxito, fue el ingrediente perfecto para poder lograr alcanzar esta dichosa y muy merecida VICTORIA en mi vida, el poder haber culminado esta tesis con éxito, y poder disfrutar del privilegio de ser agradecido, ser grato con mi esposa que se preocupó por mí en cada momento y que siempre quiso lo mejor para mi porvenir.

Gracias a mi esposa, Vicky, por entenderme en todo, gracias a ti porque en todo momento fuiste un apoyo incondicional en mi vida, fuiste la felicidad encajada en una sola persona, fuiste mi todo reflejado en otra persona a la cual yo amo demasiado, y por la cual estoy dispuesto a enfrentar todo y en todo momento.

Este mismo furor y pasión con la que describo el perfecto e incondicional apoyo de mi esposa, fue el mismo con el que desarrollé cada parte y punto de esta tesis, y por esto mismo puedo afirmar y pronosticar su éxito y agrado para cada uno de sus lectores.

Te agradezco por tantas ayudas y tantos aportes no solo para el desarrollo de mi tesis, sino también para mi vida; eres mi inspiración y mi motivación"

Samuel Vanegas Villegas

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	13
1. METODOLOGÍA.....	14
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.3. OBJETIVOS	15
1.3.1. Objetivo General.....	15
1.3.2. Objetivos Específicos.....	15
1.4. JUSTIFICACIÓN	15
1.5. MARCO REFERENCIAL	17
1.5.1. Estado del Arte.	17
1.5.2. Marco Teórico.....	18
1.5.3. Proceso de Planificación Estratégica.	22
1.5.4. Niveles de la Planificación Estratégica.....	22
1.5.5. Proceso de la Planificación Estratégica.	23
1.5.6. Nivel Estructural y Operativo de la Planeación Estratégica.	24
1.6. MARCO LÓGICO	26
1.7. TIPO DE ESTUDIO	29
1.8. MÉTODO DE ESTUDIO	29
1.9. HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS.....	30
1.9.1. Análisis Documental.	30
1.9.2. Consulta a los Actores	30
1.9.3. Benchmarking.....	30
1.9.4. Fuentes de Información	30
2. CARACTERIZACIÓN E HISTORIA DE LA CLÍNICA.....	31
2.1 REFERENTE HISTÓRICO.....	31
2.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	32
3. ANÁLISIS DEL ENTORNO	34
3.1. ENTORNO GEOFÍSICO DE BUGA.....	34
3.1.1. Historia.	34
3.1.2. Descripción Física.....	35

3.1.3. Límites del Municipio.	35
3.1.4. Economía.	36
3.1.5. Vías de Comunicación	39
3.1.5.1. Aéreas.	39
3.1.5.2. Terrestres.	39
3.1.5.3. Fluviales.....	39
3.2. ENTORNO SOCIAL	39
3.3. ENTORNO DEMOGRÁFICO.....	42
3.3.1. Entorno Demográfico Nacional.	42
3.3.2. Entorno Demográfico Valle del Cauca.	43
3.3.3. Entorno Demográfico de Buga.	45
3.4. ENTORNO AMBIENTAL	47
3.5. ENTORNO JURÍDICO – LEGAL	49
3.6. ENTORNO TECNOLÓGICO	52
3.6.1. Movilidad.	52
3.7. ENTORNO ECONÓMICO	54
3.8. ENTORNO POLÍTICO GUBERNAMENTAL	56
3.9. ENTORNO INTERNACIONAL.....	60
3.10. ANÁLISIS INTEGRADO	63
4. ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD (COLOMBIA)	73
4.1. DESCRIPCIÓN	73
4.2. ANTES DE LA LEY 100	74
4.3. EL PRESENTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	75
4.3.1. Estructura del Sistema.....	75
4.4. EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD	79
4.4.1. Financiación del Sistema	81
4.4.2. Competitividad.	86
4.4.3. Salud Pública.....	87
4.4.4. Prestación del Servicio.	89
4.5. EL DIAMANTE DE PORTER.....	90
4.5.1. Condición de los Factores.....	90
4.5.2. Condiciones de la Demanda.	92

4.5.3. Estrategia Estructura y Rivalidad de las Empresas.	93
4.5.4. Responsabilidad Social Empresarial.	98
4.5.5. El Turismo de Salud.	101
4.5.6. Oportunidades.	101
4.6. CINCO FUERZAS.	103
5. BENCHMARKING.	105
5.1. BREVE RESEÑA DE CLÍNICAS A COMPARAR.	107
5.1.1. La Fundación Hospital San José de Buga.	107
5.1.2. Clínica San Francisco de Tuluá.	108
5.1.3. Centro Médico Imbanaco.	109
5.2. FACTORES CLAVES DE ÉXITO.	114
5.2.1. La Satisfacción de las Necesidades de Salud y Expectativas de Servicio.	114
5.2.2. Equilibrio Financiero.	115
5.2.3. Satisfacción e Integración del Personal.	115
5.2.4. Gestión de la Innovación y Mejora Continua.	116
5.2.5. Mejora global del Sistema de Salud.	116
5.3. MATRIZ DEL PERFIL COMPETITIVO.	117
5.4. ANÁLISIS DE BENCHMARKING.	124
6. ANÁLISIS INTERNO.	126
6.1. DEBILIDADES.	126
6.2. FORTALEZAS.	126
6.3. ANÁLISIS INTEGRADO DE LA SITUACIÓN INTERNA.	127
7. ANÁLISIS DOFA ESTRATÉGICO.	129
7.1. EVALUACIÓN DE FACTORES EXTERNOS.	129
7.2. EVALUACIÓN DE LOS FACTORES INTERNOS.	130
8. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.	132
8.1. VISIÓN.	132
8.2. MISIÓN.	132
8.3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.	133
8.4. ESTRATEGIAS.	135
8.4.1. Matriz de Ansoff.	135
8.4.2. Matriz BCG o Matriz de Crecimiento y Participación.	135
8.4.3. Producto Estrella.	137

8.4.4. Producto Vaca	137
8.4.5. Producto Interrogante	137
8.4.6. Producto Perro.....	137
8.5 MATRIZ DE PORTER	137
8.5.1. Liderazgo Global.....	137
8.5.2. Producto Diferenciador para un Mercado Exclusivo.....	138
8.5.3. Enfoque.	138
9. PLAN DE ACCIÓN Y MEJORAMIENTO.....	139
9.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	139
9.2. RESPONSABLES DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN	141
9.3. INDICADORES Y CONTROL DEL PLAN DE ACION.....	143
9.4. CRONOGRAMA.....	147
9.5. RECURSOS Y PRESUPUESTO.....	149
9.6. POLÍTICAS	152
9.5.1. Financieras.	152
9.5.2. Cliente.	152
9.5.3. Procesos.....	152
9.5.4. Innovación y Desarrollo	152
10. CONCLUSIONES.....	153
11. RECOMENDACIONES.....	156
12. BIBLIOGRAFÍA.....	157

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Análisis Estratégico Clasificado Según su Naturaleza	19
Tabla 2. Marco Lógico, Objetivos, Actividades y Recursos	27
Tabla 3. Registro Mercantil Municipal.	37
Tabla 4. Actividad Económica en el municipio de Buga.....	38
Tabla 5. Análisis del entorno Geográfico de Buga.	39
Tabla 6. Análisis del Entorno Social -Sector Salud- de Buga	42
Tabla 7. Análisis del Entorno Demográfico	47
Tabla 8. Análisis del Entorno Ambiental	49
Tabla 9. Análisis del Entorno Jurídico - Legal	51
Tabla 10. Análisis del Entorno Tecnológico	54
Tabla 11. Análisis del Entorno Económico.....	56
Tabla 12. Análisis del Entorno Político Gubernamental	59
Tabla 13. Análisis del Entorno Internacional.....	62
Tabla 14. Análisis Integrado de los Entornos.....	63
Tabla 15. Evolución de la Cobertura de afiliados a Salud (2014 - Mayo 2016)	79
Tabla 16. Fuentes de Recursos del SGSSS, 2014 - 2015 (Millones de pesos y porcentajes)	82
Tabla 17. Usos del SGSSS, 2014 -2015 (Millones d pesos y porcentajes)	83
Tabla 18. Indicadores Programa Ampliado de Inmunización registrados en SINERGIA.....	88
Tabla 19. Análisis de las Cinco Fuerzas de Porter en la Clínica UCI del Río	103
Tabla 20. Factores Claves de Éxito	114
Tabla 21. Matriz del Perfil Competitivo	117
Tabla 22. Análisis de Debilidades.....	126
Tabla 23. Análisis de Fortalezas	126
Tabla 24. Análisis Integrado de la Situación Interna.....	127
Tabla 25. Evaluación de Factores Externos	129
Tabla 26. Evaluación de Factores Internos.....	130
Tabla 27. Objetivos Estratégicos Planteados para la Clínica UCI del Río	133
Tabla 28. Matriz de Ansoff de la Clínica UCI del Río	135
Tabla 29. Cuadro de Mando Estratégico	144

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Esquema de Planificación Estratégica.	24
Gráfica 2. Identificación de Interdependencias en el Plan	25
Gráfica 3. Proceso que se Realizará para el Plan	26
Gráfica 4. Estructura Organizacional	32
Gráfica 5. Estructura del Sistema Nacional de Salud	76
Gráfica 6. Comportamiento de trabajadores afiliados al Régimen de Riesgo Laboral 2014 - 2015.....	78
Gráfica 7. Flujo de Recursos del Sistema de Salud.....	80
Gráfica 8. Beneficiarios de IPS y EPS	84
Gráfica 9. Radar de valor Clínica San José de Buga	118
Gráfica 10. Radar de valor Sopesado Clínica San José de Buga.....	118
Gráfica 11. Radar de Valor Clínica San Francisco de Tuluá.....	119
Gráfica 12. Radar de Valor Sopesado Clínica San Francisco de Tuluá.....	120
Gráfica 13. Radar de valor Centro Médico Imbanaco – Cali.....	121
Gráfica 14. Radar de Valor Sopesado Centro Médico Imbanaco – Cali	121
Gráfica 15. Radar de valor UCI del Río - Buga.....	122
Gráfica 16. Radar de Valor Sopedado UCI del Río – Buga	122
Gráfica 17. Comparación de Radares de Valor de las Cuatro Clínicas Analizadas.	123
Gráfica 18. Comparación de Radares de Vlor Sopesado de las Cuatro Clínicas Analizadas	124
Gráfica 19. Participación Relativa de las Unidades de Negocio en la Clínica UCI del Río	136

RESUMEN (ABSTRACT)

En este trabajo de grado se hará la Planificación estratégica a la Clínica UCI del Río que permita a la junta de dirección facilitar la toma de decisiones en la implementación efectiva de planes y estrategias para mejorar su gestión. Inicialmente se hace el planteamiento del problema, el marco teórico que sustenta lo que se ha realizado para cada una de las partes de la planeación propuesta. Seguido se muestra la caracterización del sector salud y del Valle del Cauca. Para continuar realizando un completo análisis interno y externo de esta área, se presentará el benchmarking.

Para finalizar se espera entregar unas pautas muy acertadas para el mejor direccionamiento de la Clínica UCI del Río, con las cuales logrará generar competitividad y sostenimiento financiero en el periodo 2018 al 2021.

La metodología propuesta parte de la revisión bibliográfica sobre la temática para identificar elementos críticos en los procesos de planeación estratégica del sector salud.

Palabras claves:

Plan estratégico, sector salud, posicionamiento, bechmarking, estrategia

INTRODUCCIÓN

Al establecer una estrategia se busca la aclaración sobre cómo van a alcanzarse los objetivos. ¿Cuál es el producto que se va a ofrecer? ¿En qué mercado? ¿A qué tipo de cliente? ¿Las capacidades de los trabajadores se ajustan a la gama de servicios a ofertar? Para dar respuesta a estos cuestionamientos debemos tener presente la competencia.

El plan estratégico sirve para trazar las líneas que marcarán el futuro de la empresa. Es el documento que sintetiza a nivel económico-financiero, estratégico y organizativo el posicionamiento actual y futuro de la empresa. Además es el conjunto de análisis, decisiones y acciones que una organización lleva a cabo para crear y mantener ventajas comparativas sostenibles a lo largo del tiempo.

El Sistema económico y social en el que se enmarca el mundo de hoy, basado en la propiedad privada de los medios de producción, ha llegado a una etapa de su desarrollo en la que exige fortalecimiento competitivo desde la óptica de mercado.

El sector salud, no es ajeno al vertiginoso cambio del sistema económico y social, por lo tanto las instituciones de salud deben adoptar la planeación estratégica como un instrumento para mantenerse vigente y competitivas en el medio. Deben hacerle frente a la responsabilidad de preservar, mantener y recuperar la salud de las comunidades servidas, aportar desarrollo científico, social y económico de la región, optimizar los recursos para alcanzar la máxima rentabilidad y por ende la máxima eficiencia.

1. METODOLOGÍA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

LA CLÍNICA UCI DEL RÍO S.A es una entidad privada, dedicada a prestar una atención especializada en servicios de salud de nivel III de Complejidad, ubicada en la Ciudad de Guadalajara de Buga. Fue creada en el 2008, por un grupo de médicos con formación en cuidado intensivo, como UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO GUADALAJARA, ubicada en las instalaciones de la Clínica Guadalajara, una sociedad anónima, con autonomía administrativa, financiera y mercadeo para su funcionamiento. Para ese entonces solo prestaba servicios como unidad de cuidados intensivos y se dependía de la clínica Guadalajara, para cumplir las necesidades estructurales, logísticas y de integralidad del servicio.

Desde el inicio se elaboró un plan estratégico vigente hasta el 2016 que plantea como objetivo convertir sus servicios en nivel IV de complejidad, prestar una atención integral especializada, en mejoramiento de la competitividad y la productividad, con recursos adecuados, que aporta al desarrollo social y económico de la región, proyecta la apertura de nuevos servicios: cirugía, consulta externa, hospitalización y ayudas diagnósticas, como desarrollo de una primera etapa estratégica.

En el 2013, con el éxito del negocio, por solicitud de los clientes, los logros alcanzados por la “UCI Guadalajara”, se evidencia la necesidad de fortalecer la identidad propia, los mercados crecientes y no atendidos oportunamente, la necesidad de espacios modernos y apropiados a las exigencias de calidad y requeridos por pacientes, EPS e IPS, cambia de razón social a Clínica UCI DEL RIO y se traslada a su sede propia, lo que implicó la dotación de infraestructura de clínica y por ende la obligatoriedad de apertura de otros servicios que den integralidad de atención a los pacientes.

Considerando lo anterior, el plan estratégico diseñado hasta el 2016 no contemplaba todos los cambios que había tenido la clínica en los últimos 3 años, enfrentándose a dificultades como:

- ▶ Falta de liquidez para la prestación del servicio y el cumplimiento de las obligaciones
- ▶ Pérdida de clientes.
- ▶ Apertura de servicios sin población cautiva.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las estrategias adecuadas, para generar competitividad y sostenimiento financiero en la CLÍNICA UCI DEL RÍO, en el período 2018 – 2021?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General.

- ▶ Diseñar el plan estratégico para la CLÍNICA UCI DEL RÍO S.A. que facilite su competitividad y sostenimiento financiero en el período 2018 – 2021

1.3.2. Objetivos Específicos

- ▶ Analizar el entorno organizacional de la Clínica del río de donde se obtendrán las oportunidades y amenazas.
- ▶ Conocer las características del sector salud para establecer el ambiente competitivo de la Clínica UCI del Río.
- ▶ Identificar a través del Benchmarking prácticas empresariales estratégicas
- ▶ Analizar el entorno interno de la Clínica del Río donde se identificaran las fortalezas y debilidades.
- ▶ Formular Direccionamiento Estratégico de la clínica del Río para los siguientes 4 años.
- ▶ Proyectar el plan de acción estratégico con indicadores de control

1.4. JUSTIFICACIÓN

Planear la estrategia es visualizarla y ejecutarla de forma sistemática. En la década de los años 60 se empezó a hablar de planificación a largo plazo en el ámbito empresarial y ha evolucionado hasta convertirse en la actualidad en la herramienta de la gerencia empresarial que permite desarrollar acciones teniendo en cuenta la posición competitiva, los recursos, la identificación de oportunidades y peligros, las previsiones e hipótesis sobre el futuro en pro de una metas planteadas.

Esta investigación busca desarrollar estrategias encaminadas a garantizar la competitividad y sostenibilidad en el tiempo de una clínica de nivel III de complejidad que presta sus servicios en la ciudad de Guadalajara de Buga. Se diseñará un plan

estratégico basado en el análisis interno y del entorno empresarial, se edificarán las directrices de gestión y se propondrán estrategias para la consecución de estas con medición del logro a través de indicadores de gestión.

Esta investigación es pertinente porque el diseño y la implementación de un plan estratégico significan introducir transformaciones en la CLÍNICA UCI DEL RÍO S.A., mejoras en la organización, en la gestión, en la estructura, en los procesos, en el uso de los recursos. Le aportaría al sector salud estudios, análisis, indicadores, criterios a tener en cuenta para dejar evidencias en todos los procesos, ayudaría a entender a los empleados de diferente trayectoria y disciplina con el fin de involucrarlo en la mejora continua. Para los clientes de la organización, los médicos, pacientes y estudiantes, todo es más fácil, cuando en la parte administrativa se ha considerado la existencia de un plan estratégico.

La importancia de esta investigación radica en poder romper barreras de resistencia en el personal y tener un completo modelo estratégico que involucre de manera sistemática a todos los miembros de la organización para que el proceso sea satisfactorio y cumpla con los objetivos propios de la Clínica.

La organización con un plan estratégico se beneficia con la oportunidad de desarrollar habilidades que faciliten la interdisciplinariedad que se requiere en ocasiones para poder formular y gestionar verdaderas oportunidades de mejora y una aplicación satisfactoria relacionada con la administración de empresas en el sector salud.

La clínica ha puesto a disposición todos sus recursos para facilitarnos la realización de este trabajo, han avanzado en S.G.C y se es consciente de la relevancia que tiene la planificación estratégica, el mejoramiento de procesos y una metodología de trabajo que permita un adecuado replanteamiento de la planeación estratégica teniendo en cuenta su actual gestión.

Para los empleados de la organización es una forma de evaluar y mejorar la estructura existente, que le facilite a los colaboradores directos de la empresa una mejor división de trabajo, unas buenas bases para la definición y desempeño de los procesos; medidas que mejorarán la flexibilidad y eficacia en procesos, condiciones que se requieren para una buena gestión empresarial.

1.5. MARCO REFERENCIAL

1.5.1. Estado del Arte.

El término “estrategia” se fue introduciendo en el mundo empresarial a inicios de los años 60 con Igor Ansoff y llegó a un alto nivel con Michael Porter en las décadas de los ochenta y noventa; Ansoff (1965)¹ plantea dos corrientes de interpretación de la planeación estratégica, la primera corriente, sostiene que la planeación estratégica tiene el potencial de generar una ventaja competitiva, donde el desarrollo de ideas y estrategias se crea de manera sistemática, analítica y eficiente. La segunda argumenta que la planeación estratégica no tiene el potencial de mejorar el desempeño empresarial, ya que genera burocracia, mayores costos e inflexibilidad en la organización.

En los años 80 el estudio de la planeación estratégica vive su mayor auge, pero, posteriormente surgen estudios que cuestionan la utilidad de esta herramienta, por una parte se decía que tiene el potencial de generar una ventaja competitiva, por el desarrollo de ideas y estrategias que se crean de manera sistemática, analítica y eficiente; por otra parte se decía que no tiene el potencial de mejorar el desempeño empresarial, ya que genera burocracia, mayores costos e inflexibilidad en la organización. Según Castaño (2001)², Mintzberg principal crítico de esta herramienta administrativa, argumenta que todas las organizaciones se enfrentan a determinado grado de incertidumbre en el ambiente, por lo que es inadecuado desarrollar estrategias explícitas, ya que bloquean la visión general del entorno y hacen a un lado el espíritu innovador del empresario.

Con la planeación estratégica, se relaciona el concepto de “estrategia ligada a los negocios” y que fue estudiado por Von “Neuman” y Oskar Morgenstern en su obra la teoría del juego, cuentan que la teoría de juegos es un área de la matemática aplicada que utiliza modelos para estudiar las estrategias óptimas así como el comportamiento previsto y observado de individuos en juegos, “una serie de actos que ejecuta una empresa, son seleccionados de acuerdo con una situación concreta”. En otras palabras, la Planeación da estrategia para la elección de la conducta óptima cuando los costes y los beneficios de cada opción no están fijados de antemano, sino que dependen de las elecciones de otros individuos.

En los últimos años, el estudio de la planeación estratégica ha centrado su interés en el análisis de diversos componentes de la planeación estratégica y su relación con el desempeño, siendo menor la atención dedicada a la controversia de su

¹ ANSOFF, I. 1965. Corporate strategy. New York: McGraw-Hill.

² CASTAÑO, Germán Albeiro. 2001. *Adaptación: Escuelas de pensamiento en la dirección Estratégica*, Facultad de ciencias y administración Universidad Nacional.

utilidad en las empresas. Según Pardo (2005)³ el análisis del ambiente y la declaración de una misión empresarial son variables que han sido objeto de estudio para explicar un desempeño superior. Asimismo, se han desarrollado investigaciones que tratan de determinar los resultados obtenidos al llevar a cabo planeación estratégica en organizaciones no lucrativas.

En las organizaciones del sector salud como en todas las organizaciones empresariales de cualquier naturaleza dentro del sector productivo, se están experimentando procesos de cambios constantes, que les ha conducido desde una posición de cómoda protección regulada, a entornos abiertos inciertos, y altamente competidos. La aplicación de la planeación estratégica contribuye con la instrumentación del enfoque de gestión para resultados, ya que es una herramienta de planeación basada en la estructuración y solución de problemas, que permite presentar de forma sistemática y lógica los objetivos de un programa y sus relaciones de causalidad, alineándolos a objetivos de mayor nivel. Se considera que la planeación estratégica es un proceso indispensable para la dirección, así como lo es para los procesos, ya que provee estructura para tomar decisiones y ayuda a tener una visión de largo plazo, se complementa con la importancia de mirar estrategias de los demás en el mismo departamento como fuera de la nación.

En la planeación realizada en la Clínica UCI del Río en el 2008 se observan adaptaciones de acuerdo a la estructura que fue cambiando, a los usuarios y servicios que se debían ir implementando, pero hacia el año 2016 se evidenciaba la necesidad de volver a dar una mirada general, analizar entornos, plantear nuevos objetivos y metas.

En el marco lógico se ven plasmados análisis DOFA y planeación por objetivos, para la alineación de propósitos, variables e indicadores y resultados, que van un paso adelante en el camino de la calidad de la Clínica; como herramienta de planeación que apoya la labor cotidiana, permitiendo identificar problemática actual de la organización y poder tener diferentes abordajes.

1.5.2. Marco Teórico.

Porter (1996)⁴ define estrategia como: “la creación de una posición única y valiosa integrada por un conjunto distinto de actividades orientadas a sostener dicha posición”. Algunas características de la estrategia es que establece una dirección, concentrando los esfuerzos de la misma hacia un objetivo organizacional común,

³ PARDO DEL VAL, Isabel (2005) Management Estratégico, ESIC Editorial.

⁴ PORTER, M. E. 1996. What is a strategy? Harvard Business Review (November-December)

generando un sentido de apropiación; dado que el equipo organizacional percibe a través de la estrategia un método consistente para entender a su organización.

Según (Mintzberg, 1999)⁵ el concepto de estrategia tiene sus raíces en la estabilidad, aunque gran parte de las perspectivas de estudio se concentran en el cambio organizacional. La competencia global ha hecho que los directivos de las organizaciones tomen decisiones relacionadas con procesos de reingeniería, reducción de personal, procesos complejos de delegación de poder y autoridad, entre otros; volcando su ocupación en estar a la altura de las mejores organizaciones de la competencia, dejando a un lado a la estrategia y concentrando a la organización en dos términos: integración y ejecución.

La Planificación Estratégica consiste en un ejercicio de formulación y establecimiento de objetivos de carácter prioritario, cuya característica principal es el establecimiento de los cursos de acción (estrategias) para alcanzar dichos objetivos. Desde esta perspectiva la Planeación Estratégica es una herramienta clave para la toma de decisiones de las organizaciones. Mintzberg hace una descripción evolutiva del análisis estratégico identificando algunas escuelas o tendencias y las clasifican en 4 grupos según su naturaleza.

Tabla 1. Análisis Estratégico Clasificado Según su Naturaleza

PRESCRIPTIVA Se ocupa del modo en que debiera formularse la estrategia	* Diseño * Planificación * Posicionamiento	* Estudio de las estrategias como proceso de concepción. * Estrategia como proceso formal. * Estrategia como proceso analítico.
DESCRIPTIVA Consideran aspectos de creación de estrategia y describen el comportamiento ideal	* Empresarial * Cognoscitivo	* Estrategia como proceso visionario * Estrategia como proceso mental

⁵ MINTZBERG, H. (1999). *Safari a la estrategia*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Granica.

Tabla 1. Continuación

GRUPAL Amplia más allá de lo individual el proceso de formación de estrategia extendiéndolo a grupos y actores	* Aprendizaje * Poder * Cultural * Ambiental	* Estrategia como proceso emergente * Caracteriza la estrategia como proceso de negación. * Estrategia como proceso colectivo * Hace referencia a la estrategia como proceso reactivo
INTEGRADORA Combina las demás estrategias, agrupa elementos de creación de la estrategia, las estructuras organizaciones incorporan la práctica del cambio estratégico.	* De Configuración	* Estrategia como proceso de transformación

El caso de investigación se enmarca en los enunciados de la escuela **PRESCRIPTIVA** que se ocupa del modo de formulación de la estrategia, modo descriptivo, de diseño y posicionamiento; De diseño porque el trabajo consiste en elaborar, en estructurar un modelo de plan estratégico para la Clínica; de planificación porque este diseño tiene implícito un proceso que debe ejecutarse de manera secuencial y de posicionamiento porque se hace con el objeto de conseguir unos objetivos de posicionamiento, competitividad, rentabilidad y sostenimiento en el tiempo.

Gregory & Dess, (2003)⁶ en su documento Dirección estratégica: creando ventajas competitivas, establecen que todo proceso de planeación estratégica, independientemente de las decisiones previas inherentes a la necesidad de desarrollar un proyecto de planeación estratégica, requieren de un diagnóstico previo en el cuál se basen las decisiones y acciones posteriores. El diagnóstico debe abarcar la situación interna y externa de la organización, con la finalidad de poder dar una orientación clara a las decisiones y acciones correspondientes.

La planificación, sea cual sea su objetivo, tiene como preámbulo un análisis de la situación. Según Serna (2008)⁷ en su texto Gerencia Estratégica define esta parte como la necesidad de “obtener y procesar información sobre el entorno, con el fin de identificar allí oportunidades y amenazas, así como sobre las condiciones, fortalezas y debilidades internas de la organización”, el objeto de tener esta

⁶ Gregory G. & Dess, G.T. Lumpkin, (2003) Dirección estratégica: creando ventajas competitivas. McGraw-Hill.

⁷ SERNA GOMEZ, Humberto. 2008. Gerencia Estratégica: Teoría, Metodología, Alineamiento, Implementación y Mapas Estratégicos. Humberto Serna Gómez 10ª Edición. Bogotá. 3R Editores. 420 p.

información es establecer la base para poder determinar las estrategias que la empresa debe trazarse para alcanzar sus objetivos.

La Planeación Estratégica ha tomado fuerza como herramienta fundamental para el Direccionamiento Estratégico de las organizaciones. El uso y evolución de los sistemas de información logran mayor apoyo, y agilizan el proceso de toma de decisiones en la organización fortaleciendo cada vez más la estructura competitiva de la empresa. Betancourt (2013)⁸ sostiene que planificar estratégicamente es transformar la realidad, se requiere del análisis de las condiciones del entorno, de los cambios dados en él, las oportunidades que se pueden y se deben aprovechar, esta transformación de la realidad no tendría éxito si no se tiene un futuro como visión, hacia donde ir, y una misión que indique los pasos que se deben seguir.

Para contar con un buen criterio para el análisis de información se deben utilizar varias herramientas, Michael Porter, plantea un modelo para determinar las consecuencias de la rentabilidad de un mercado a largo plazo, por medio de la evaluación de sus objetivos y recursos frente a cinco fuerzas que rigen la competitividad. Desarrolla el modelo del diamante de competitividad que relaciona las cuatro fuentes de ventajas competitivas que se derivan de la ubicación de las empresas, sectores y sus interrelaciones.

Uno de los pasos del plan estratégico es el establecimiento de las tácticas o acciones que se deben ejecutar para desarrollar la estrategia. Serna expresa en su texto de Gerencia Estratégica, que los planes de acción “son las tareas que debe realizar cada unidad o área para concretar las estrategias en un plan operativo que permita su monitoria y evaluación” (Serna, 2008)⁹. “Las organizaciones para crecer, generar utilidades y permanecer en el mercado, deben tener muy claro hacia dónde van, es decir, haber definido su direccionamiento estratégico”.

⁸ BETANCOURT, G. B. 2013. Direccionamiento estaretegico de organizaciones deportivas. Cali, Colombia: Escuela Nacional Del Deporte.

⁹ SERNA. *Op. cit.*, p. 120

1.5.3. Proceso de Planificación Estratégica.

Para los procesos administrativos Fayol creo un modelo inspirado en el método científico, que tenía como objetivo crear una herramienta con un alto grado de investigación y pensamiento sistematizado. Para el ciclo Fayolista en la administración se debe prever, organizar dirigir y controlar.

► ¿Qué es la planificación?

Viene del termino plan, su vínculo con el acto de planificar aparece en el siglo VII y para entonces significaba “proyecto elaborado e implica una continuidad ordenada de operaciones destinadas a lograr el objetivo”, (Petit citado en Aktouf, 2001, p.116)¹⁰.

Planificación significa entonces organización según un plan: es una actividad que consiste en determinada objetivos precisos y poner en marcha los medios propios para alcanzarlos.

Planificar también se le puede dar sentido de: proveer y hacer proyecciones mediante análisis de hechos pasados estadísticos y lograr cierto dominio del futuro. Ejercer control sobre incertidumbres y fluctuaciones del mercado para la adaptación al cambio teniendo en cuenta todos los actores como proveedores, socios, estados, clientes, mercado.

Preparar acciones futuras, recursos, consecuencias y cómo enfrentarlos.
Establecer de manera anticipada opciones de decisión según los hechos
Identificar con que se dispone y definir cómo y cuándo su uso.

1.5.4. Niveles de la Planificación Estratégica.

En el libro “La administración entre tradición y renovación” de Omar AKTouf describe tres niveles de la planeación estratégica: estratégico, estructural y operativo. (Aktouf, 1998)¹¹. El nivel estratégico se refiere al rol y al trabajo de los directivos empresariales y sus asesores encaminados a definir y a decidir las grandes orientaciones de la empresa y a realizarlas en términos de estructuras y medios “es el mantenimiento permanente de una visión del futuro”

La planeación estratégica después del estudio del cliente, de la competencia, de los recursos necesarios y disponibles y definir así una competencia definitiva.

¹⁰ PETIT: >El Plan de Comunicación: Génesis y desarrollo<. Citado por AKTOUF, O. 2001. La administración: entre tradición y renovación. Cali: Artes Gráficas del Valle. p.116

¹¹ AKTOUF, O. 1998. La administración: entre tradición y renovación (Vol. 3ra. ed). Calí, Colombia: Artes gráficas del valle editores.

Elementos de la planificación estratégica (Aktouf, 1998)¹² La Misión es la razón de ser de la empresa basada en la competencia distintiva antes mencionada, producto o servicio particular que se oficie para satisfacer las necesidades del cliente. Alta Dirección: núcleo, cumbre de la empresa, propietarios o sus representantes, presidentes, directores generales. Nivel donde se ha situado el rol de pensar la estrategia, elaborar la misión y las orientaciones generales.

- ▶ **Entorno:** Definido por condiciones, circunstancias, hechos o personas que afectan la empresa como los clientes, proveedores, mercado de una manera u otra, bancos tecnologías, leyes, sistemas ecológicos que constituirá en el entorno externo y el entorno interno como recursos, estructura organizacional, cultura y organización.

- ▶ **Recursos:** Elementos materiales financieros y humanos con que se dispone para la planificación.

- ▶ **Limitación:** dificultad que impone o puede imponer límites a una acción presente o futura y puede ser fija o movable refiriéndose a si puede ser modificada o no, la limitación puede ser interna o externa según del entorno donde provenga.

- ▶ **Política:** enunciado de principios que sirven de guía para la acción, son el reflejo de la filosofía de la compañía.

- ▶ **Procedimiento:** acción concreta forma de operar en la realización de las tareas determinadas.

- ▶ **Objetivo:** resultado final, meta a alcanzar, son fechables, cuantificable y medible.

- ▶ **Criterio:** referente en el que uno se basa para evaluar o comparar dos o varios objetivos

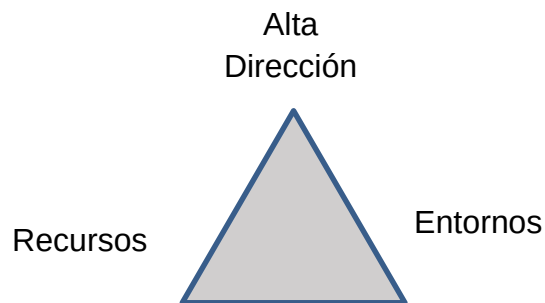
- ▶ **Presupuesto:** estado previsible de los medios financieros que se usaran, sirven para definir anticipadamente disponibilidad y uso de fondos.

1.5.5. Proceso de la Planificación Estratégica.

Según Artouf, la planeación estratégica es un proceso continuo donde se deben confrontar los objetivos y los resultados contantes y permanentes y realizarlos ajustes necesarios es una internación constante en tres los tres polos tradicionales del plan estratégico.

¹² AKTOUF, O. *Op. cit.*, p. 98

Gráfica 1. Esquema de Planificación Estratégica.



De esta manera y según Artouf, las etapas de un buen proceso de planificación son:

- ▶ **Definición de misión:** Razón de ser
- ▶ **Definición y evaluación del entorno:** Interno y externo
- ▶ **Definición de los objetivos:** identificar grandes metas y las parciales, por división o estructuras, definir plazos.
- ▶ **Definición y evaluación de recursos:** disponibilidad material, humana y financiera
- ▶ **Definición limitaciones internas:** identificar lo que el estado de los recursos permite.
- ▶ **Identificación de la coherencia y viabilidad del plan:** asegurarse que lo definido no implica contradicción, insuficiencia o zona identificada.
- ▶ **Identificar coherencia:** es decir que el plan este coherente con la realidad empresarial
- ▶ **Establecimiento de planes operativos** traducir a la estructura organizar mediante planes de acción o programas orientados hacia la consecución de objetivos.

1.5.6. Nivel Estructural y Operativo de la Planeación Estratégica.

Tras de haber delimitado la estrategia, se debe proveer la manera óptima de combinar los recursos, adquirirlos en el momento oportuno y aprovecharlos al máximo de su potencial. Es la táctica de la estrategia. Táctica es entonces “un conjunto de medios coordinadas y combinadas que se emplea para llegar a un resultado”

Se define como primera combinación de las responsabilidades o las interacciones de encargados de la ejecución del plan. Entra en juego la estructura de la organización en la ejecución del plan, quien estará a cargo de qué y con qué medios, y si esta estructura quiere o puede realizarlo o debe adaptarse.

Una segunda combinación entre objetivos el servicio o producto que se brinda, los recursos que se requieren dependerá de los riesgos en que se incurran y con respecto a la operativización de la estrategia Aktouf, define que en esta etapa se debe precisar operaciones, lugares o procedimientos y hacer una analogía con el arte militar donde se define operaciones como monumento, maniobras e interrelaciones coordinadas de tropas en el terreno se aplica entonces a la previsión de las maneras en que se usaran los recursos concreta y locativamente a corto plazo.

Se debe trazar un plan operativo del día a día. Este plan operativo se da en las siguientes etapas:

- ▶ Establecer jerarquías de objetivos (se pasan los objetivos a estratégicos a nivel táctico y operativo): globales, locales generales y específicas a mayor o menor plazo
- ▶ Distribución de responsabilidades: desde supervisión a realización circunscrita
- ▶ Identificar interdependencias en el plan:

Gráfica 2. Identificación de Interdependencias en el Plan



- ▶ Retorno de tareas: desde supervisión hasta realización de procedimientos
- ▶ Identificación de medios: naturaliza, cantidad, condiciones de disponibilidad.
- ▶ Establecer programas de trabajo: para cada unidad o subdivisión hasta cada puesto de trabajo.

1.6. MARCO LÓGICO

La secuencia de pasos a seguir para la elaboración del plan estratégico será la siguiente:

Gráfica 3. Proceso que se Realizará para el Plan

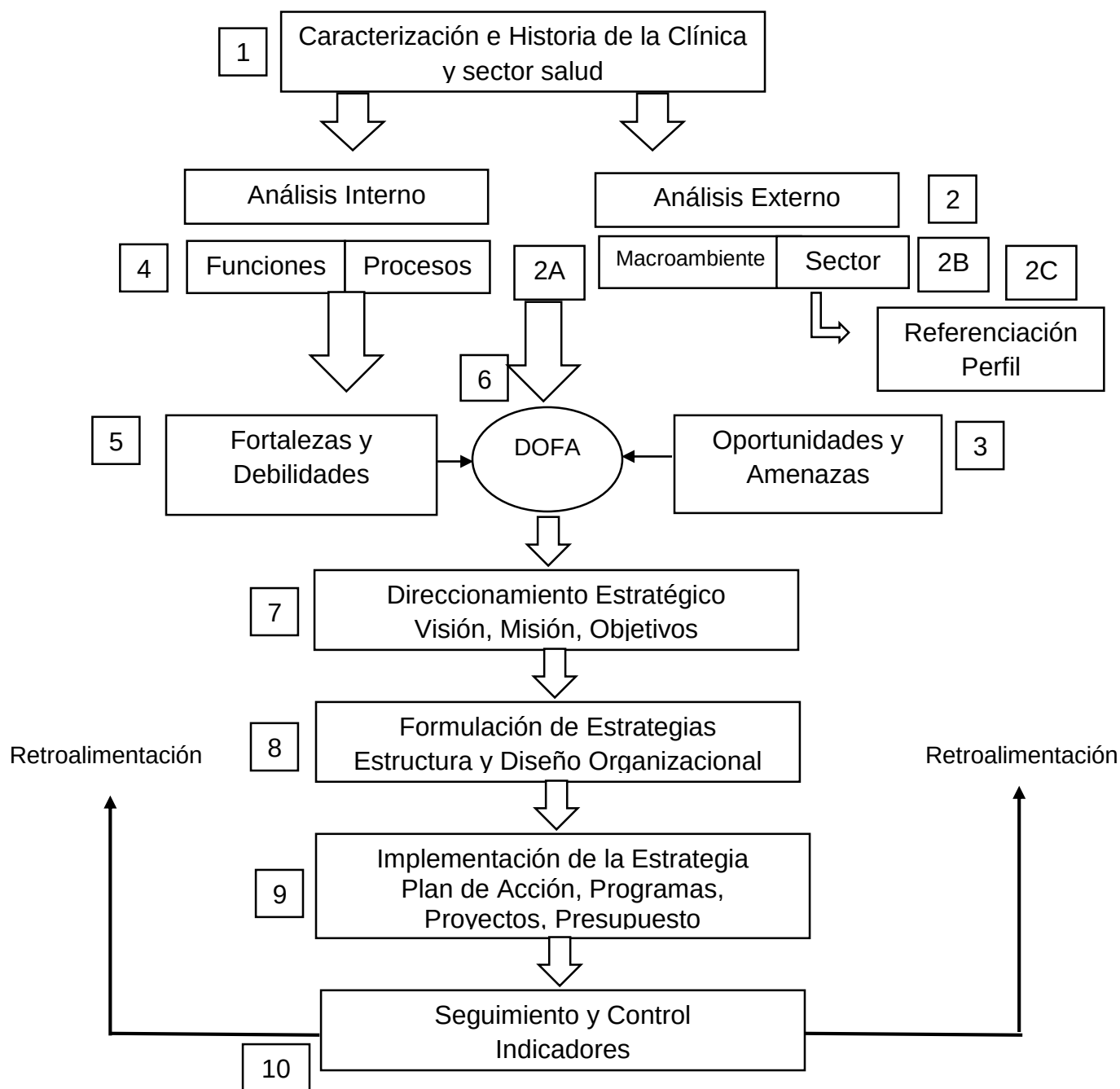


Tabla 2. Marco Lógico, Objetivos, Actividades y Recursos

Objetivo	Actividades	Recursos	Indicadores
Diseñar el plan estratégico para la CLÍNICA UCI DEL RIO S.A. que facilite su competitividad y sostenimiento financiero en el período 2016 – 2021	• Identificar a través de encuestas y observación metas grandes y parciales, por división o estructuras, definir plazos. • Definición y evaluación de recursos: disponibilidad material, humano y financiero. • Definir estrategias. • Establecer planes operativos orientados hacia la consecución de objetivos y traducir a la estructura organizacional.	• Encuestas • Mesas de trabajo	• Metas por diferente categorías • Cantidad de recursos evaluados • Cantidad de planes establecidos
Analizar el entorno organizacional de la CLÍNICA UCI DEL RIO de donde se obtendrán las oportunidades y amenazas.	• Análisis del macro ambiente. • Priorización de las oportunidades y amenazas detectadas	• Guía de análisis del macro ambiente • Matriz de evaluación integrada de análisis externo	• Análisis del entorno externo • Identificación de temas y actores estratégicos
Conocer las características del sector salud para establecer el ambiente competitivo de la Clínica UCI del Rio	• Análisis del entorno en el sector salud con todos los siguientes componentes del entorno económico, político, social internacional, competitivo.	• Documento existente al respecto. • Plan Nacional de desarrollo 2014-2018 • En el CONPES de 3527 de 2008 revisado posteriormente por el 3668.	• Informe de análisis del entorno del sector salud
Identificar a través del benchmarking prácticas empresariales estratégicas	• Evaluar las prácticas, procesos y servicios de tres instituciones de salud.	• Guías de benchmarking • Información de las instituciones	• Diseño de estrategias
Analizar el entorno interno de la CLÍNICA UCI DEL RIO donde se identificarán las fortalezas y debilidades.	• Análisis interno identificando fortalezas y debilidades • Priorización de fortalezas y debilidades detectadas.	• Guía de análisis interno, DOFA • Matriz de evaluación integrada de la situación interna	• Cantidad de fortalezas y debilidades priorizadas

Tabla 2. Continuación

Objetivo	Actividades	Recursos	Indicadores
Formular direccionamiento estratégico de la Clínica del Rio para los siguientes 4 años.	• Presentación del análisis del entorno interno y externo. • Correlacionar los hallazgos con las metas institucionales realizando un análisis cruzado del entorno interno y externo. • En conjunto con directivas proponer estrategias según análisis realizado	• Matriz • Modelo matriz DOFA • Matriz objetivos estratégicos y estrategias	• Formulación y evaluación de estrategias. • Definición de metas, Indicadores, responsable y control del plan de acción. • Cuadro de mando estratégico
Proyectar el plan de acción estratégico con indicadores de control			

1.7. TIPO DE ESTUDIO

En el presente trabajo se identificaran dos tipos de estudio: Exploratoria y Descriptivo:

► **Exploratorio:** En este tipo de estudio se busca, indaga, investiga y se reconoce la situación por parte del investigador es la primera aproximación al fenómeno a estudiar sin predecir la relaciones existentes^{**}; en el caso que nos ocupa este con este tipo de estudio se conoció el entorno interno de la clínica, el entorno externo, las características del sector salud, las estrategias de la competencia para mantenerse en el mercado; la problemática de la institución frente a un plan estratégico desactualizado que no responde a las necesidades actuales.¹³

► **Descriptivo:** En este se analiza como son y cómo se manifiestan los fenómenos y los componentes del estudio, permiten detallar lo estudiado a través de la medición de uno más atributos^{**}. El presente trabajo es también descriptivo porque con la información obtenida en la fase exploratoria se identifican diferentes tópicos que impactan operación de la clínica su competitividad y rentabilidad y como estos encajarían en el diseño la planeación estratégica de la clínica¹⁴.

1.8. MÉTODO DE ESTUDIO

Por la forma de abordar el objeto de estudio, se trata de una investigación **inductiva**, en la que se obtienen conclusiones generales a partir de premisas particulares, se identifica el momento actual de la clínica sus procesos, su organización interna, sus resultados y la estrategia como actor del sector salud entendiendo este como el todo.

Se considera que el estudio es también **deductivo** porque se observa y estudia el sector salud, toda la dinámica de los entornos externos como el económico, gubernamental, político, sociodemográfico, internacional, para direccionar estratégicamente la participación de la clínica en este mercado.

Por ultimo entendemos este estudio también **analítico**, que conduce a la identificación de la causa, los efectos y la naturaleza de los factores confluyentes pues ahondamos en toda la información obtenida para estudiar de forma intensiva

¹³ Tomado de: http://bidi.unam.mx/libroe_2007/0782061/A10.pdf

¹⁴ Tomado de: http://bidi.unam.mx/libroe_2007/0782061/A10.pdf

todos los elementos propios del funcionamiento de la clínica, de la prestación del servicio, del comportamiento del sector y su interrelación.

1.9. HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS

1.9.1. Análisis Documental.

Se hizo revisión de fuentes primarias con la revisión de bibliografía sobre planeación estratégica, se abordaron conceptos de diferentes autores que se describen en el marco teórico del trabajo; se revisaron diferentes tesis sobre planeación estratégica en instituciones de salud, revistas y páginas web donde describen los diferentes entornos, también se revisó el informe de ministerio de Protección Social al congreso años 2015 - 2016

La fuente **secundaria** de información se obtuvo de los documentos históricos de la clínica, los documentos de Planeación Estratégica previos y el manual de calidad, así como la base de datos estadísticos de la clínica.

1.9.2. Consulta a los Actores

Esta consulta se hizo a una muestra de 40 personas tomada de un total de 60 empleados de todas las áreas y niveles de la clínica, con el objeto de identificar lo que para estos significa Debilidades, Fortalezas y Amenazas y Oportunidades, previo a esto se hizo al personal inducción a conceptos pertinentes y la exposición de los diferentes factores que inciden en la clínica; de allí se extrajeron las variables para el análisis integrado de la situación interna de la clínica y la matriz integrada del análisis externo

1.9.3. Benchmarking

Se hizo un proceso sistémico con el que se evaluó las prácticas, procesos y servicios de tres instituciones de salud con características similares a la Clínica del Río para identificar información útil en el diseño de las estrategias.

1.9.4. Fuentes de Información

Se tomará como fuente primaria la planeación estratégica existente en la organización, base de datos estadística de la clínica e investigaciones previas existentes al respecto.

También se revisarán libros especializados en planeación estratégica, teorías de administración, teorías de recursos y necesidades.

2. CARACTERIZACIÓN E HISTORIA DE LA CLÍNICA

2.1 REFERENTE HISTÓRICO

LA CLÍNICA UCI DEL RÍO S.A, Es una entidad privada, dedicada a prestar una atención especializada en servicios de salud, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Tenemos nuestro domicilio en la calle 1 Nª 14 – 34. El Doctor Julián Guevara Ramírez MD MSC, con formación en cuidado intensivo, infectología y experiencia como coordinador de uci en la ciudad de Cali, es llamado en el año 2008 a dirigir la UCI Guadalajara como socio y medico asistencial de la misma. A este evento se sumaron médicos experimentados que se adhirieron al nuevo proyecto la UCI Guadalajara, el Dr. Santiago Lleras se integró al Proyecto.

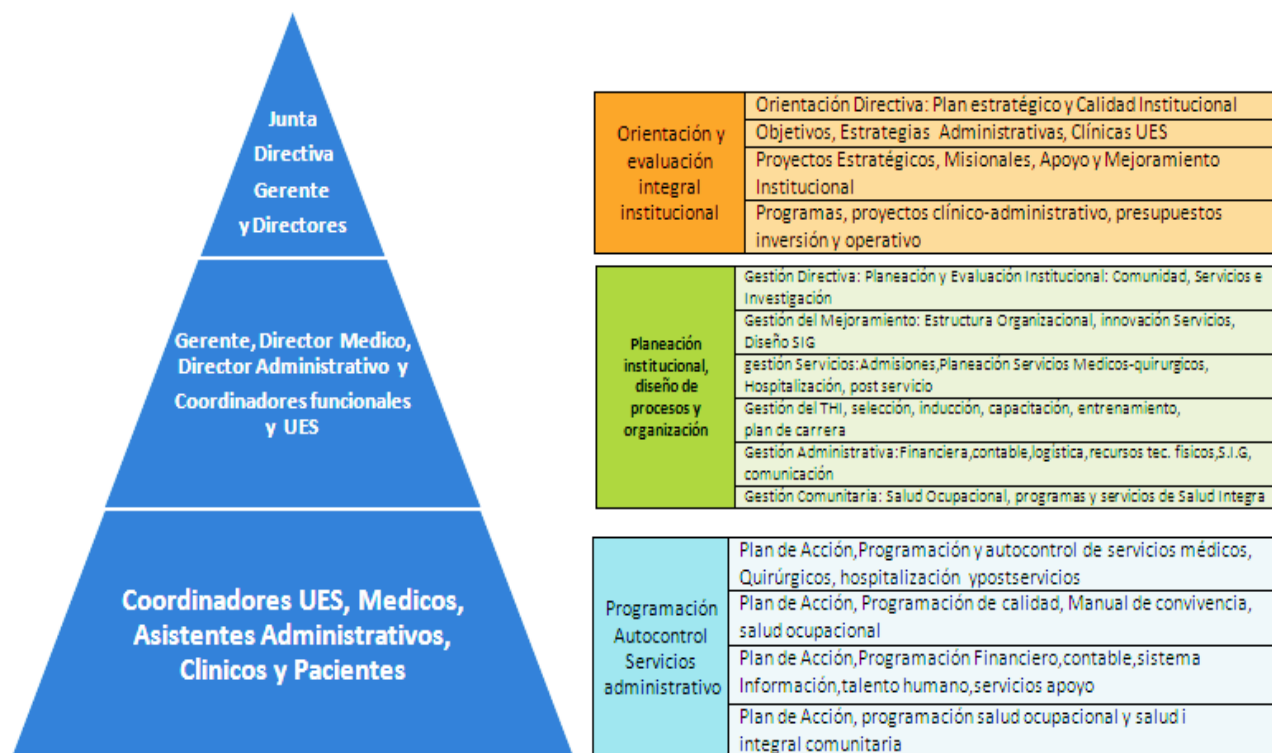
En octubre 10 del 2008, se creó la UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO GUADALAJARA, ubicada en las instalaciones de la Clínica Guadalajara, una sociedad anónima, con autonomía administrativa, financiera y mercadeo para su funcionamiento.

Los logros alcanzados por la “UCI Guadalajara” en la Clínica Guadalajara, la necesidad de fortalecer la identidad propia, los mercados crecientes y no atendidos oportunamente, la necesidad de espacios modernos y apropiados a las exigencias de calidad y requeridos por pacientes, EPS e IPS entidades remisorias además de las experiencias médico-tecnológica y las competencias distintivas alcanzadas, en el primer periodo de desarrollo en la Clínica Guadalajara, el deseo de servir a la demanda creciente de los mercados y nuevos mercados, llevaron a visionar a los médicos socios y nuevos médicos, impulsar la creación de la Clínica UCI del Río, con un potencial de crecimiento en nuevos servicios de cirugía, hospitalización y ayudas diagnosticas en una primera etapa.

Una Nueva Sede, una nueva Institución LA ‘CLINICA UCI DEL RIO, nace en el 2013 como respuesta a las anteriores consideraciones y liderazgo de los médicos socios fundadores de la UCI Guadalajara.

2.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Gráfica 4. Estructura Organizacional



Su máxima autoridad es la Junta Directiva, presidida por el Dr Julián Guevara Ramírez. Luego encontramos la Gerencia; cuenta con dos oficinas (investigación e innovación y mejoramiento y estandarización asesoría jurídica y financiera dos direcciones (Administrativa y Financiera y Medica).

De la Dirección administrativa financiera depende todos los procesos de apoyo para el cumplimiento de los procesos misionales concernientes al área financiera, gestión humana, tecnologías de la información, mantenimiento y logística.

De la dirección Médica dependen los procesos misionales concernientes a la prestación del servicio en unidad de cuidados intensivos con una capacidad instalada de 8 cubículos, Cuidado intermedio con una capacidad instalada de 4 cubículos, hospitalización con 10 camas 2 quirófanos en el servicio de cirugía para atender necesidades de trauma, neurocirugía, cirugía general Imágenes Diagnostica con Rx, ultrasonido, escenografía y Consulta externa de Infectología, Neurología, Nefrología, Traumatología, urología.

Cuenta con 60 empleados con diferentes tipos de contratación, contrato laboral y oferta mercantil.

► **Portafolio de Servicios:** LA CLÍNICA UCI DEL RÍO, cuenta con un amplio portafolio de servicios dirigidos a una atención especializada nivel III, entre ellas cuenta con la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y la Unidad de cuidados Intermedios, que se enfocan en resolver los problemas de salud a pacientes críticamente enfermos, , así mismo la ofrece una amplia atención en áreas de hospitalización de nivel III, imágenes diagnósticas y consulta especializada en: Infectología, Neurología, Nefrología, Traumatología, Medicina Interna, anestesiología y cirugía urología, entre otras, cuenta con 1 quirófano dotado para la atención de cirugías de mediana complejidad.

► **SERVICIOS DE APOYO:** Unidad Transfusional, Imágenes Diagnosticas, Hemodiálisis Paciente Agudo, Cardiología No invasiva: Ecocardiograma Trastoracico, Holter, Monitoreo de presión Arterial 24 Hrs, Terapia de Reemplazo Renal Continuo, Plasmaferesis.

► **PROYECTOS CORTO PLAZO:** Rehabilitación Cardiopulmonar, Hemodiálisis Ambulatoria (2 Puntos).

3. ANÁLISIS DEL ENTORNO

3.1. ENTORNO GEOFÍSICO DE BUGA

Nombre del municipio: GUADALAJARA DE BUGA

NIT: 891.380.033-5.

Código Dane: 76111

Gentilicio: Bugueños

Otros nombres que ha recibido el municipio:

*En los terrenos de Buga la Vieja surgió Nueva Jeréz de los Caballeros, 1554 a 1555.

*Guadalajara de Buga, 1557 a 1559.

*Guadalajara de Nuestra Señora de la Victoria de Buga, el 4 de marzo de 1570, en el sitio llamado sepultura, que figura como la fundación definitiva, la cuarta, aun cuando se hizo un nuevo traslado a la margen derecha del río Piedras.

*Guadalajara de Buga (nombre actual), desde 1573 (GUIA DEL INVERSIONISTA, 2017)

3.1.1. Historia.

Guadalajara d Buga fue fundada el 4 de marzo de 1573, por el Capitán Giraldo Gil de Estupiñán. Primera Fundación (Fecha en investigación) ordenada por el gobernador Sebastián de Belalcázar. Buga La Vieja Segunda Fundación, 1554 - 1555 ordenada por Pedro Fernández del Busto y ejecutada por Giraldo Gil de Estupiñán recibiendo el nombre de: Nueva Jerez de los Caballeros.

La ubicación era en las Cabeceras del Río Bugalagrande (Corregimiento la Marina en Tuluá) Tercera Fundación, 1557 - 1559. El Gobernador que la ordenó fue Luis de Guzmán y ejecutada por Rodrigo Díez de Fuenmayor y recibió el nombre de Guadalajara de Buga. La ubicación fue Valle de Tunessi - Páramo de Pan de Azúcar. El Traslado fundación se hizo el 4 de marzo de 1570, ordenado y ejecutado por el gobernador Álvaro de Mendoza y Carvajal, bautizándole Guadalajara de Nuestra Señora de la Victoria de Buga.

Traslado definitivo en 1573 al sitio que hoy ocupa, ordenado por el gobernador Jerónimo de Silva y ejecutado por Beltrán de Unzueta recibiendo el nombre de Guadalajara de Buga.

El primer Alcalde fue el capitán Melchor Velásquez de Valdenebro, y primer Alférez Real el capitán Diego Lazo de la Vega, quien también se desempeñó como alcalde.

En 1810 fue una de las ciudades confederadas del Valle del Cauca; sus hijos apoyaron la causa libertadora como ocurrió con los hermanos Cabal, y algunos terminaron su vida como héroes de la patria, tal el caso del general José María Cabal.

El Libertador Simón Bolívar visitó a Buga en dos ocasiones, quedando señaladas con sendas placas conmemorativas: 11 de enero de 1822 y entre el 26 y el 27 de diciembre de 1829.

3.1.2. Descripción Física.

Guadalajara de Buga, es un municipio colombiano del centro del departamento del Valle del Cauca. Es famoso por la Basílica del Señor de los Milagros, a la que acuden peregrinos de todo el mundo. Su nombre completo es Guadalajara de Buga, porque es atravesada por el río Guadalajara, también llamado Río de las Piedras, el cual nace en la parte media de la Cordillera Central. Está situado en la parte plana del Valle del Cauca. Es una de las ciudades con más historia no sólo en el departamento sino en el país, su historia corre paralela a la historia del Estado Soberano del Cauca y del Valle del Cauca, posee una gran arquitectura colonial y moderna. La ciudad en crecimiento se considera un polo de desarrollo para el departamento del Valle del Cauca. (Pacífico, 2017)¹⁵

3.1.3. Límites del Municipio.

Al Norte Limita con el Municipio de San Pedro, por el perímetro rural por la Quebrada Presidente, desde su nacimiento en la Cordillera Central hasta su desembocadura en el Río Cauca.

Al Nordeste, con el Municipio de Tuluá, por el Río Tuluá hasta el nacimiento en el Páramo de Barragán en la Cordillera Central.

Al Sur, con el perímetro rural de Guacarí, por el Río Sondo desde su nacimiento en la Cordillera Central hasta su desembocadura en el Río Cauca.

Al Oriente, con el departamento del Tolima, por la sierra alta de la Cordillera Central desde el nacimiento del Río Tuluá hasta un punto frente al nacimiento del Río Sonso.

¹⁵ Pacífico, V. 2017. Via pacifico .com. Obtenido de <http://www.viapacifico.com.co/buga/>

Al Sur, con el Municipio de Ginebra, Al Occidente, con el perímetro rural del Municipio de Yotoco, por el Río Cauca desde la desembocadura del Río Sonso hasta la Quebrada de Presidente. Por el Sur Oriente con el Municipio de Cerrito.

Extensión total: 832 Km²

Extensión área urbana: 16.2 Km²

Extensión área rural: 816 Km²

Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): 969

Se encuentra en un sitio geográfico privilegiado, en ella convergen las principales carreteras que atraviesan el occidente colombiano, la Carretera Panamericana y la Panorama. Dista 74 km de Cali, capital departamental, y 126 km de Buenaventura, primer puerto colombiano sobre el Pacífico. Su red férrea está conectada con el Ferrocarril del Pacífico. Se encuentra cerca al: Aeropuerto Internacional Alfonso Bonilla Aragón en Palmira, al Aeropuerto Santa Ana en Cartago, al Aeropuerto Internacional Matecaña de Pereira y al Aeropuerto Heriberto Gil Martínez de Tuluá. Esta infraestructura facilita la comunicación de Buga con el resto del país y el sur del continente.

Buga dispone de los servicios de energía eléctrica, alcantarillado, teléfonos, hospitales, clínicas, teatros, centros de salud, coliseo de ferias, concha acústica para festivales, estadio, coliseos deportivos, hoteles, bancos, proveedores de servicio de Internet, bibliotecas y emisoras, colegios universidades, bibliotecas.

3.1.4. Economía.

Las principales actividades económicas son: la ganadería, la agricultura, el comercio y la industria. Sobresalen los cultivos de algodón, soya, maíz, millo, café, caña de azúcar, plátano, frijol, papa, yuca, cacao, sorgo, hortalizas y frutales-

Por su importancia comercial, Buga es una de las 6 ciudades del departamento que cuenta con su propia Cámara de Comercio, que presta los servicios y cumple funciones públicas delegadas por el Gobierno Nacional llevando el registro mercantil, el registro de proponentes y el registro de entidades sin ánimo de lucro; y funciones privadas de representación y vocería de los intereses de los empresarios, y de promoción del desarrollo económico y social en Buga y su área de jurisdicción que comprende: Guacarí, El Cerrito, Ginebra, Yotoco, Restrepo, Darién, San Pedro, El Dovio.

El Valle del Cauca le apuesta fortalecimiento de las iniciativas Cluster de Bienestar y Cuidado Personal, Bioenergía, Excelencia Clínica, Macrosnacks y Proteína

Blanca. Estas iniciativas buscan mejorar la calidad del entorno para hacer negocios en la región e incrementar la competitividad de las empresas que participan en estas cadenas productivas.

El municipio de Guadalajara de Buga cuenta con la mayor población empresarial de 4.076 inscritos (57,1%), seguido del municipio de El Cerrito con 1.219 (17,1%) y en tercer lugar se encuentra el municipio de Guacarí con 504 inscritos (7,1%). El municipio con mayor crecimiento fue Yotoco con una variación del 15,63%.

Tabla 3. Registro Mercantil Municipal.

MUNICIPIO	2.013		2.014		VARIACION
	CANT.	%	CANT.	%	
Buga	16.605	56,69	19.020	59,82	14,54
El Cerrito	5.332	18,20	4.532	14,25	-15,00
Ginebra	1.612	5,50	1.882	5,92	16,75
Guacarí	2.638	9,01	2.768	8,71	4,93
Restrepo	644	2,20	617	1,94	-4,19
San Pedro	644	2,20	872	2,74	35,40
Yotoco	1.076	3,67	1.252	3,94	16,36
Calima - El Darién	742	2,53	853	2,68	14,96
TOTAL	29.293	100	31.796	100	8,5

Fuente: Cámara de Comercio de Buga.

El sector con mayor porcentaje en ventas para el 2014 fue el sector de Industria Manufacturera con ventas de \$570.227 millones, que representan el 34,8%, en segundo lugar el sector Agrícola con ventas de \$564.808 millones que representan el 34,5% y el sector Comercio con ventas de \$372.107 millones, que representan el 22,7%. Salud está en el quinto puesto.

Tabla 4. Actividad Económica en el municipio de Buga.

ACTIVIDADES ECONÓMICAS	2.013		2.014		VARIACION
	CANT.	%	CANT.	%	%
Agricultura	\$ 445.831.903.177	31	\$ 564.808.772.761	35	26,7
Minas	\$ -	0	\$ -	0	0
Industria Manufacturera	\$ 569.710.607.450	39,5	\$ 570.227.733.712	34,8	0,1
S. Eléctrico	\$ 197.228.208	0,01	\$ 43.254.000	0	-78,1
Tratamiento aguas	\$ 26.601.422.936	1,8	\$ 30.036.108.873	1,8	12,9
Construcción	\$ 14.386.400.808	1,0	\$ 14.624.000.862	0,9	1,7
Comercio	\$ 332.893.107.228	23,1	\$ 372.107.183.767	22,7	11,8
Transporte	\$ 9.691.325.080	0,7	\$ 12.802.662.263	0,8	32,1
Alojamiento y Svs Comida	\$ 5.947.302.906	0,4	\$ 8.907.736.001	0,5	49,8
Comunicaciones	\$ 4.343.222.842	0,3	\$ 5.640.704.992	0,3	29,9
Financieras	\$ 1.343.833.093	0,09	\$ 1.135.121.059	0,07	-15,5
Inmobiliarias	\$ 1.438.133.018	0,10	\$ 8.155.686.778	0,50	467,1
Profesionales	\$ 2.079.461.245	0,14	\$ 2.821.164.579	0,17	35,7
Servicios Administrativos	\$ 5.647.316.551	0,39	\$ 8.907.009.225	0,54	57,7
Administración Pública	\$ -	0	\$ 18.658.200	0	100
Educación	\$ 1.423.137.460	0,1	\$ 2.489.481.738	0,2	74,9
Salud	\$ 19.796.086.470	1	\$ 29.981.536.085	2	51,5
Artística y Recreación	\$ 1.771.384.143	0,12	\$ 2.119.697.284	0,13	19,7
Otros Servicios	\$ 848.385.250	0,06	\$ 1.913.264.548	0,12	125,5
TOTAL	\$1.443.950.257.865	100	\$1.636.739.776.727	100	13,4

Fuente: Registro Mercantil, Cámara de Comercio de Buga

En el 2015 Guadalajara de Buga fue un centro que relaciones, desarrollando para ello actividades comerciales y de servicios, ofreciendo un municipio y una ciudad con una infraestructura de servicios públicos óptima, paisaje diverso, equipamiento en salud y educación, cultura, vivienda y espacio público acordes con las necesidades de la comunidad. Cuenta además con un patrimonio arquitectónico, cultural y ambiental recuperado y conservado.

El municipio de Guadalajara de Buga es reconocido en el contexto departamental y nacional como lugar ideal para residir e invertir, por haber logrado resolver de manera concertada los conflictos internos con justicia social y recuperada el campo, así como la seguridad alimentaria e hídrica. Su desarrollo en infraestructura de transporte, su ubicación estratégica y su capacidad instalada de servicios públicos, le permite albergar las más importantes acciones estratégicas del suroccidente en materia de almacenamiento y comercialización internacional, así como la implantación de actividades de industria intermedia que den valor agregado a la producción local, en un marco de desarrollo sustentable

3.1.5. Vías de Comunicación

3.1.5.1. Aéreas. Posee gran cercanía a aeropuertos internacionales como son: "Alfonso Bonilla Aragón" en Palmira y el "Matecaña" en Pereira Capital del departamento de Risaralda y cuenta también con los aeropuertos de carga "Santa Ana" localizado en Cartago ciudad al norte del Departamento del Valle y el de "Farfán" en Tuluá para algunos vuelos nacionales.

3.1.5.2. Terrestres. Las carreteras "Panamericana" y "Panorama", conectan con las principales ciudades de Colombia y otras naciones suramericanas. La carretera BUGA-MADROÑAL-BUENVENTURA que lleva al puerto de Buenaventura, el más importante de la costa pacífica. Por tren está conectada a la red del ferrocarril del Pacífico que atraviesa toda el valle geográfico del Río Cauca y la costa Pacífica.

3.1.5.3. Fluviales. La principal corriente de agua de Municipio la constituye el Río Guadalajara. Nace al oriente de la ciudad en la parte media de la Cordillera Central, en la confluencia de varias quebradas. De ellas las más importantes son: Los Indios, La Sonadora y los Alpes ubicados a una altura de 2.850 m.s.n.m. La cuenca geográfica tiene una extensión de 13.500 hectáreas y el recorrido del río es de aproximadamente 36Km. El río desemboca al occidente la ciudad en el Río Cauca. La ciudad es atravesada de oriente a occidente por las quebradas denominadas Quebradaseca, La Pachita y Lechugas, de escaso caudal y cauce seco en la parte llana excepto en la época de Lluvias. La Hidrografía del Municipio se encuentra constituida además del Río Guadalajara por las vertientes de los Ríos Cauca, Tuluá, Sonso y la Quebrada La Magdalena y Laguna de Sonso, reservorio natural de aves y peces.

Tabla 5. Análisis del entorno Geográfico de Buga.

<i>Variable</i>	<i>A/O</i>	<i>AM</i>	<i>am</i>	<i>OM</i>	<i>om</i>
1. Turismo religioso	O				X
2. Ubicación geográfica	O				X
A: AMENAZAS, O: OPORTUNIDADES; AM: AMENAZA MAYOR, OM: OPORTUNIDAD MAYOR, am: AMENAZA MENOR, om: OPORTUNIDAD MENOR					

3.2. ENTORNO SOCIAL

En Colombia los resultados en salud han mejorado ostensiblemente, para el momento la cobertura en salud es del 96% de la población, la presencia de enfermedad para una familia colombiana ya no representa la ruina pues ahora hay mayor población cubierta y mayor protección que abarca todas las patologías, la esperanza de vida aumento a un promedio de 76 años esto implica que el rápido envejecimiento de la población presionará el gasto en salud hacia arriba, que se

prevé será el 7 % del PIB, esto tiene dos caras de la moneda por un lado todo el papel proteccionista del ESTADO, pero que consecuencias traerá si no hay un equilibrio entre los beneficios, los recursos, lo que la sociedad demanda y lo que está dispuesto el colombiano a contribuir por el equilibrio del sistema; si esto no pasa se podría llegar nuevamente a tener los problemas financieros del pasado.

Se ha venido analizando en los diferentes entornos que por una lado se van a liquidar los hospitales que no son financieramente viables y por otro lado que la nueva ley estatutaria abre los canales para la creación de nuevos hospitales en zonas geográficas alejadas para garantizar la oportunidad en la atención en salud pues el residente de una ciudad grande tiene acceso en promedio a 2.3 consultas generales al año, el residente de un municipio a 0.5 consultas sin nombrar la posibilidad del residente del área rural.

Como vimos en la descripción del sector la atención de los pacientes se hacía en hospitales, llamados de caridad o en casa y era prestada en su mayoría por religiosos, en la actualidad esto se lleva a cabo en clínica y hospitales IPS, instituciones prestadoras del servicios de salud, que hacen parte del sistema de salud y del modelo de atención que se ha adoptado; según MINSALUD en el 2014 había 11.856 IPS, la construcción de hospitales y clínicas ha aumentado en 10% en los últimos cuatro años, pero concentradas en el departamento del VALLE, ANTIOQUIA y en la ciudad de Bogotá, donde está concentrada la infraestructura para la atención de alta complejidad. Esto significa que la infraestructura para los niveles de mediana y baja complejidad sigue siendo insuficiente y con esto la congestión de las instituciones de alta complejidad, no hay optimización de los recurso y hay estancamiento de modelo de atención, significa también que los objetivos de priorizarse la promoción y prevención, cuidando la salud y disminuyendo los riesgo y daños en la población vulnerable como niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados no se cumpla.

Por otra parte, cuando se cambió el sistema de salud, con la ley 100 se tenía como objeto aumentar la cobertura del momento que era del 25% de la población, para lograrlo además de la logística, los recursos y la infraestructura se necesitaba personal médico y afín para prestar la atención en los diferentes niveles de complejidad según el modelo de salud, lo que se resolvió con una apertura educativa y se pasó de tener 21 facultades de medicina a 58 en la actualidad; sin embargo por el afán de aumentar el recurso humano se perdió calidad.

Según ASCOFAME Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, menos del 50% pertenecen a esta asociación pues no llenan los requisitos y no se ofrece una educación de calidad. Según también la Asociación De Sociedades Científicas solo

tres de cada 10 consultas son resueltas por el médico general, esto también es consecuencia del modelo de atención pues conductas no avaladas por especialistas no son pagadas por las EPS a las ISP y el manual de procedimientos e intervenciones que autoriza el sistema le impide al médico general solicitar tomar conductas, solicitar exámenes, realizar procedimientos para los cuales son formados en la fas facultades de medicina ,esto genera un sobre costo en el recurso humano, disminuye la oportunidad de atención, en ocasiones genera el llamado paseo de la muerte pues en los niveles de baja complejidad solo hay médicos generales y se debe remitir un paciente a un nivel superior donde este el especialista que solucione lo que pudo haber sido solucionado en un nivel inferior y no se aprovecha la experticia y el conocimiento del capital humano, especialmente los médicos generales que son la puerta de entrada al sistema.

Por otra parte es indispensable tocar el factor empleo en el sector; si la cobertura hace 20 años en salud era del 25% de la población, el personal que trabajaba en este sector tenía todas las garantías laborales: contrato, remuneración por todo el tiempo trabajado, estabilidad y continuidad de empleo, en la actualidad no es así, por la ley 50 de 1990, se formaliza el empleo temporal, se autorizan los turnos de 6 y 8 horas para evitar el pago de horas extras y los compensatorios , se introdujo el contrato con prestación de servicios para evitar el pago de las prestaciones sociales y se permiten los despidos colectivos si hay riesgo financiero; esto sumado además que los profesionales de la salud no médicos tienen un promedio de sueldo bajo en el mercado. Además existe una proliferación de las instituciones educativas de salud, por lo cual con el aumento de la oferta, los sueldos disminuyen las empresas tienen entonces mano de obra barata sumado a la demora en los pagos, generado también por el sistema, lo que no hace nada llamativo el mercado y los profesionales del sector prefieren buscar mejores condiciones de empleo y vida en otros países como Canadá, Estados Unidos y España.

No se puede finalizar el análisis siendo ajenos a una realidad política y social de Colombia, el post conflicto, con el acuerdo de paz, sin tener datos estadísticos formales se prevén 7000 colombianos que no pertenecen a ningún régimen, que no estaban en la estadísticas de atención y que se incluyen en el sistema, con diferentes necesidades de salud, como enfermedades tropicales, salud oral, enfermedades de transmisión sexual, secuelas físicas psicológicas y mentales del conflicto, ente otros.

Tabla 6. Análisis del Entorno Social -Sector Salud- de Buga

<i>Variable</i>	<i>A/O</i>	<i>AM</i>	<i>am</i>	<i>om</i>	<i>OM</i>
1. Universalización del aseguramiento, 96% de la población colombiana está asegurada.	O				X
2. Déficit de camas hospitalarias, 1,3 camas por 1000 habitantes	O			X	
3. Infraestructura hospitalaria de mediana y alta complejidad es insuficiente.	O				X
4. Disminución de la calidad e profesionales de medicina, según ascofame.	A		X		
5. Falta de autonomía y poder de resolución de médico general.	O			X	
6. Contratación laboral no formal.	A		X		
7. Sueldo bajo de profesionales de salud no médicos	A		X		
8. Proliferación de instituciones educativas de salud	A		X		
9. Ingreso al sistema de salud de una población con múltiples necesidades de salud	O			X	
A:AMENAZAS, O: OPORTUNIDADES; AM:AMENAZA MAYOR, OM: OPORTUNIDAD MAYOR, am: AMENAZA MENOR, om: OPORTUNIDAD MENOR					

3.3. ENTORNO DEMOGRÁFICO

3.3.1. Entorno Demográfico Nacional.

Colombia es un país en plena transformación demográfica, ambiental y cultural. La tasa de crecimiento de la población y la tasa de fecundidad relativamente altas le convierten en uno de los países de mayor desarrollo relativo de América Latina. La población económicamente activa tiende a aumentar progresivamente, de modo que crece la población joven que demanda servicios de educación y empleo.

Otro fenómeno demográfico con gran importancia es la tendencia al envejecimiento de la población, o el crecimiento del número absoluto y la proporción de personas mayores de sesenta años, de lo cual se desprende la necesidad de crear infraestructuras de servicios de salud, educación, cultura y entretenimiento adecuadas a las nuevas demandas, así como también una provisión mayor de seguridad social y bienestar. De otra parte, el patrón de la distribución regional de la población se mantiene constante pero sostenido. La actividad productiva del país se mantiene concentrada en el llamado “Trapezio Andino” y las tendencias actuales muestran la conformación de un mapa con nuevas escalas de urbanización en el país.

Ha aumentado el tamaño medio urbano y ha crecido la importancia de las ciudades intermedias y los centros subregionales, lo cual conlleva un mayor deterioro Ambiental y de los ecosistemas estratégicos, afectando fuertemente la dotación de recursos naturales de trascendental importancia geopolítica como la biodiversidad y el recurso hídrico. (Valle, 2005)¹⁶

POBLACION TOTAL COLOMBIA	
1960	16.480.384
2015	48.228.704

3.3.2. Entorno Demográfico Valle del Cauca.

► **Perfil Sociodemográfico Básico.** Gran parte del departamento colombiano de Valle del Cauca está ubicado en el valle del río del mismo nombre. Es un departamento que contribuye de manera importante a la economía nacional, especialmente en el sector pesquero e industrial, destacándose especialmente su industria azucarera. La lucha armada ha ocasionado el desplazamiento forzado de comunidades nativas de la zona del Pacífico vallecaucano y de departamentos vecinos hacia Cali, capital del departamento, lo que ha resultado en decenas de miles de personas desplazadas viviendo en esta ciudad.

► **Características de la Población.** La población de Valle del Cauca era de 4.015.051 personas según el censo demográfico de 2005, lo que representaba casi el 10% del total del país. El 27,2% de esta población departamental era afrodescendiente, de hecho, concentraba entonces un cuarto de todos los afrodescendientes del país. Por el contrario, se trata de un departamento con poca presencia indígena.

Tras haber experimentado un importante proceso de urbanización, actualmente un 40% de los indígenas latinoamericanos vive en ciudades. En el caso del Valle del Cauca el nivel de urbanización de estos pueblos es mucho más contundente, ya que más de la mitad de ellos viven en las zonas urbanas (56,1%). Esta situación difiere de la realidad nacional, pues solamente el 21,4% de los indígenas colombianos habita en las ciudades. Los afrodescendientes, en tanto, tienen un tipo de residencia mucho más urbanizado que los indígenas, principalmente en el departamento (88,5%).

► **Indicadores Relacionados con la Salud.** La Declaración Universal de

¹⁶ Valle, U. d. 2005. *Plan Estratégico de Desarrollo*. Obtenido de <http://saberesygeneros.univalle.edu.co/plandesarrollo2005-2015/contenido/2.analisis-entorno/2-nacional.html>

Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre muchos otros tratados internacionales, reconocen el derecho de las personas a la salud. Este tipo de instrumentos son la base para elaborar políticas que aseguren el ejercicio de este derecho. Diseñar estas políticas incorporando las prácticas ancestrales de los pueblos indígenas representa uno de los grandes desafíos actuales, y ello supone el control de sus territorios y el mantenimiento de sus ecosistemas (CEPAL, 2008)¹⁷.

Colombia es uno de los países más avanzados de la región en el respeto del derecho a la salud de los pueblos indígenas, en buena medida gracias a una legislación especial sobre esta materia. En el país hay un acceso preferencial de este grupo étnico a los servicios de salud, se les brindan gratuitamente estas prestaciones, existe un respeto por sus prácticas tradicionales, se atiende su salud de acuerdo a sus costumbres y se considera la participación de los pueblos en el manejo del sistema y de los recursos de salud. La protección de las plantas tradicionales, en tanto, estaría resguardada por la aplicación del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (CEPAL, 2008)¹⁸.

Para el análisis de los aspectos relacionados con la salud en el Valle del Cauca se examinan tres indicadores: mortalidad infantil, mortalidad en la niñez y abastecimiento inadecuado de agua, desde una perspectiva comparativa entre el departamento y el país y considerando las dimensiones territorial y étnica.

► **Mortalidad Infantil y en la Niñez.** Puesto que la mayor parte de las muertes infantiles podrían evitarse con buenas condiciones nutricionales y una atención médica adecuada, la mortalidad en la infancia representa un importante indicador de la calidad de vida de una población. Si bien la mortalidad temprana está asociada a la pobreza y la ruralidad, aun excluyendo estos factores se mantienen las desigualdades entre indígenas y no indígenas en esta materia (CEPAL, 2008)¹⁹.

Los datos muestran que las más altas tasas de mortalidad infantil y en la niñez se registran entre los indígenas, tanto en el Valle del Cauca (41,3 por mil) como a nivel nacional (39,5 por mil), y que la desigualdad étnica es significativa. Los afrodescendientes presentan tasas menores que las de los indígenas, tanto en el departamento como en el país, pero mayores que las del resto de la población. Asimismo, las tasas de mortalidad de Valle del Cauca son menores que las nacionales, excepto en el caso indígena.

¹⁷ CEPAL. 2008. Panorama social de América Latina 2005 (LC/G.2288-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.161.

¹⁸ CEPAL. *Op. cit.*, p. 98

¹⁹ *Ibid.*, p. 52

► **Viviendas con Abastecimiento Inadecuado de Agua.** El acceso a servicios básicos tales como el agua potable y el saneamiento es considerado un derecho humano, ya que su carencia amenaza la calidad de vida de las personas y atenta contra su salud. Por otra parte, está relacionado con la preservación del medio ambiente. Es por esto que el séptimo ODM se propone garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, e incluye metas e indicadores sobre el acceso a mejores fuentes de abastecimiento de agua y a servicios de saneamiento apropiados. Con relación a este tema se ha fijado como meta del milenio reducir a la mitad el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable para 2015. La situación de los pueblos indígenas en esta materia puede ser peor que la del resto de la población, por la contaminación de sus fuentes tradicionales de agua potable mediante desechos industriales o por su desaparición, causada por la alteración de los ecosistemas (CEPAL, 2008)²⁰.

En síntesis El Valle del Cauca concentra el 10% de la población nacional y más de un cuarto de los afrodescendientes del país. Su población está más envejecida y las estructuras etarias de indígenas y afrodescendientes son similares a la nacional. Más de la mitad de los pueblos indígenas vallecaucanos viven en las ciudades, mientras que los afrodescendientes son más urbanos todavía: solamente uno de cada 10 de ellos reside en el sector rural.

Las tasas de mortalidad infantil y en la niñez del departamento son superiores a las nacionales en el caso de los indígenas, y lo contrario ocurre con los afrodescendientes y el resto de la población. Esta realidad hace necesario seguir avanzando en las políticas de disminución de la mortalidad infantil y en la niñez, y focalizándolas especialmente en los pueblos indígenas a nivel local y nacional. El abastecimiento de agua potable es sistemáticamente menor en el sector rural y entre los indígenas, indicando la necesidad de focalizar las políticas en este grupo y a esta escala territorial. (Departamento del Valle del Cauca, Colombia)

3.3.3. Entorno Demográfico de Buga.

Buga, es una ciudad que tiene una escala intermedia, lo cual la ubica según estudios urbanos recientes como una ciudad con grandes potencialidades y dentro del rango de lo que se requiere para mantener una sostenibilidad adecuada. Buga Cuenta con una población aproximada de 115.234 habitantes, según el censo de 2005. La cual un 80% habita en la zona urbana (20% del área total) y el otro 20% en veredas como La Habana, Alaska, El Placer, entre otras las cuales representan el 80% del área total de la ciudad.

²⁰ *Ibid.*, p. 110

Este modelo urbano se compone de otros elementos que lo estructuran e identifican, como la geografía del territorio, la composición social, las actividades y la red que los integra a todos. Pensar en “hacer ciudad” con un modelo acertado, también implica ser conscientes ante la flexibilidad, que el mismo debe aportar para afrontar retos o cambios en directrices locales, regionales o nacionales.

Esta flexibilidad de la ciudad, se asemeja a lo que hoy en día se entiende como competencias, es decir, un empleado es competente en la medida que sus conocimientos, habilidades y actitud, aporten eficientemente al cumplimiento de los objetivos en cualquier empresa u organización; así mismo, una ciudad con modelo urbano flexible, será aquella que sea capaz de prever el cambio y dotarse de todas las potencialidades que le permitan responder a los nuevos desafíos de manera oportuna y decidida.

Este modelo urbano flexible sólo es factible con una amplia capacidad de visión de la administración local y su relación directa con los sectores privados y productivos, los cuales demandan servicios y condiciones específicas de acuerdo a los cambios del mercado, por lo que tener una plataforma sólida para todas las actividades posibles, le permitirá al municipio moverse de forma segura.

Este modelo requiere considerar diferentes estrategias de sostenibilidad en el planeamiento y particularmente los siguientes puntos en el municipio de Buga:

- ▶ **Recurso hídrico y vertimientos:** esto incluye que el municipio debe garantizar dos aspectos esenciales: uno, mantener y aumentar la capacidad del recurso hídrico, lo que conlleva al mantenimiento contiguo de la cuenca del Río Guadalajara y la ejecución de cambios en la infraestructura de captación del recurso, garantizando la prestación de este servicio en volúmenes óptimos a aquellas zonas propensas de desarrollos industriales tanto como a aquellas con uso de vivienda; segundo, tener una estructura de manejo de residuos y vertimientos que sea adecuada a los volúmenes producidos a nivel local y que permita un mantenimiento práctico y continuo en el tiempo.

- ▶ **Conectividad y comunicaciones:** Buga debe cimentar este aspecto generando los cambios de redes que sean necesarios o creando los nodos de telecomunicaciones que brinden soporte a nuevos asentamientos en la ciudad, permitiendo actividades complementarias del mundo globalizado.

Los anteriores factores unidos a una gran riqueza cultural, la cual no sólo se refiere al aspecto físico⁹, sino que también involucra las costumbres, actividades e

idiosincrasia de sus habitantes, fundamentan un entorno propicio para un modelo urbano de desarrollo sostenible a largo plazo.

Tabla 7. Análisis del Entorno Demográfico

<i>Variable</i>	<i>A/O</i>	<i>AM</i>	<i>am</i>	<i>om</i>	<i>OM</i>
Envejecimiento de población colombiana	O			X	
Migración del campo a la ciudad	O			X	
Crecimiento de ciudades intermedias	O			X	
Aumento de la población negra en el valle del cauca con respecto al resto de país	O			X	
Concentración de la población de Buga en el área rural	O			X	
A:AMENAZAS, O: OPORTUNIDADES; AM:AMENAZA MAYOR, OM: OPORTUNIDAD MAYOR, am: AMENAZA MENOR, om: OPORTUNIDAD MENOR					

3.4. ENTORNO AMBIENTAL

Con la limitación de la oferta natural y el crecimiento sin límites de los modelos económico de los diferentes países, se empezó a tener en cuenta en términos económicos, inicialmente se consideró que “como lo natural No suplía la demandad (1972 Estocolmo Suecia) , debía suplirse con lo tecnológico, 20 años después “la cumbre de la Tierra de Las naciones Unidas”, en Brasil; se reconoció que el tema tenía implicaciones políticas, sociales y consecuentemente económicas, se identificaron temas como el calentamiento global, disminución dela capa de ozono y la disminución de la biodiversidad y se cuestionaron modelos de desarrollo en países del primer mundo que amenazan las condiciones de vida, se introdujo entonces el concepto de desarrollo sostenible como” que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad para que las futuras generaciones puedan satisfacer sus propias necesidades”.

En Colombia la ley 99 de 1993, define el desarrollo sostenible como “el que conduzca al crecimiento económico, a la elevación de la calidad de la vida y al bienestar social, sin agotar la base de 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”. Con la Constitución de 1991, esta ley, a tono con la globalización y los tratados de libre comercio, están emitiendo directrices que preserven el medio ambiente y los recursos naturales en un intento por disminuir los efectos devastadores del crecimiento acelerado de vertimientos residuales, emisiones atmosféricas y generación de atmosféricos y tóxicos en general.

Bajo el modelo de desarrollo sostenible los diferentes sectores deben reducir sus niveles contaminantes si se quiere competir en el mercado internacional y aun en el local pues se empieza a introducir estándares de calidad ambiental en los acuerdos contractuales, acuerdos ambientalmente sanos y menos agresivos con el medio ambiente marcan la diferencia.

En los últimos veinte años la calidad del ambiente en Colombia se ha deteriorado al punto de llegar a una crisis ambiental, caracterizada por la alta deforestación, agravada ahora ultimo por la minería ilegal; la ocupación de áreas protegidas, alteración de ecosistemas naturales, la contaminación del aire supera los límites permitidos en las ciudades capitales. A pesar de ser un país hídrico menos del 5% de los municipios colombianos tratan sus aguas residuales; las principales fuentes de contaminación son los residuos domésticos, industriales, los residuos líquidos peligrosos líquidos y sólidos que provenientes de los centros hospitalarios; el país genera 14.000 toneladas diarias de residuos sólidos y Cundinamarca, Antioquia y el valle aportan el 6% de estos.

En el sector salud se tiende al modelo de *Hospital Verde*, seguido por varias instituciones en diferentes regiones del país, donde la infraestructura hospitalaria no solo debe garantizar una atención mínimamente limpia con el medio ambiente cumpliendo las condiciones elementales de funcionamiento según la normativa vigente sino que puede apostar a incursionar en el mercado con un modelo de atención amigable con el medio ambiente, eficiente en el modelo energético, e hídrico, garantizando la disposición final de residuos lo menos deletéreo para la salud, con estándares de hospital ecológico que responda a las necesidades de la comunidad y contribuyan a la protección de los recursos naturales y humanos.

Tabla 8. Análisis del Entorno Ambiental

<i>Variable</i>	<i>A/O</i>	<i>AM</i>	<i>am</i>	<i>OM</i>	<i>om</i>
1. Crisis medioambiental en Colombia	A		X		
2. Desarrollo sostenible	O			X	
A:AMENAZAS, O: OPORTUNIDADES; AM:AMENAZA MAYOR, OM: OPORTUNIDAD MAYOR, am: AMENAZA MENOR, om: OPORTUNIDAD MENOR					

3.5. ENTORNO JURÍDICO – LEGAL

Constitución Nacional

Ley 9 de 1979

Normativa la expedición del Código Sanitario Nacional.

Ley 100 de 1993

Con el objeto de evitar el monopolio sobre el sector y permitir la competencia, La ley 100 de 1993, estableció una nueva estructura del sistema creando El Sistema General de seguridad Social en salud (SGSSS), derivado del Art. 48 de la Constitución Nacional, que además se ocupa de regular el sistema de pensiones, de las condiciones de trabajo y dispone sobre servicios complementarios, aspectos que se deben prestar con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Esta ley estableció reglas fundamentales para regir el servicio público de salud como son la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la calidad; ha tenido reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia, control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

En el CONPES de 3527 de 2008 revisado posteriormente por el 3668, la dirección de la productividad y la competitividad, estableció 15 planes de acción en diferentes temas como: atracción de la inversión con contratos de estabilidad jurídica y Zonas francas, Creación de la Comisión Nacional de la Competitividad con el fin de mejorar la competitividad de las empresas y los sectores, transformación productiva sectorial de comercio, la industria y turismo, uso de las TICs en la MYPEs, coordinación del programa de Asociatividad empresarial y Clusters, promoción de eventos como Encuentro Nacional De Competitividad Colombia Compite Y

Colombia Crece, Coordinación del Portal e-regulation, para brindar información acerca de trámites para invertir en Colombia.

Los extranjeros prefieren a Colombia para someterse a tratamientos y procedimientos médicos, los sectores público y privados que se involucren apoyaran a que Colombia y el Valle se vean como competidores en turismo medico a nivel mundial.

Decreto ley 019 de 2012; da la cobertura como beneficiarios de sus padres a los jóvenes de 18 a 25 años hijos de padres cotizantes, este o no estudiando.

La ley estatutaria en salud o ley 1751, del 16 de febrero de 2015, tiene como fin esclarecer reglas de juego y abrir camino a normas posteriores para que el estado y las instituciones del sector garanticen la salud, como un derecho fundamental; con esta ley desaparece la lista de servicios y procedimientos el POS, y se da los lineamientos para definir que no cubre a través de la construcción del Procedimiento Técnico científico (PTC) determinara las prestaciones de salud que no serán financiadas con recursos públicos de salud, teniendo en cuenta seis criterios de exclusión: finalidad cosmética, sin evidencia de seguridad eficacia y efectividad, sin autorización de autoridad competente, estar en etapa de experimentación y que tengan que ser prestados en el exterior (artículo 15) para esta trabajo se está realizando mancomunadamente con 14 líderes del SGSSS, El Instituto De Evaluación Tecnológica En Salud y MINSALUD con la asesoría de la universidad de Harvard.

Esta ley afecta la salud directamente pues habla de esta no solo como derecho sino como el deber de cada persona de mantener hábitos saludables, acudir al médico a tiempo y seguir sus recomendaciones, se reconoce la autonomía médica, no habrá necesidad de autorizaciones para la atención de urgencias, Se mantienen al movilidad entre regímenes, las personas se afilian al sistema de salud no a una EPS, los usuarios del régimen contributivo que no tengan capacidad de pago serian cubiertos por el régimen subsidiado; esta norma no obliga a cubrir transporte y hospedaje pero tampoco lo prohíbe, dejando la posibilidad de cubrirse según sea el caso, en este aspecto se corre la posibilidad de que usuarios de las zonas apartadas no tengan acceso a servicios de salud, pero esta misma ley dictamina la creación de nuevos centros médicos llevando los servicios de salud a las poblaciones que los necesiten.

Esta ley se refiere también al control de los precios de los medicamentos interviniendo desde la cadena productiva, esto garantiza precios razonables para el sistema pero también rentabilidad para los prestadores; estimula también el ingreso

de nuevos competidores al mercado permitiendo indirectamente el control sobre los precios.

DECRETO 705 de 2016, se expide para dar cumplimiento a la ley estatutaria en su aparte de control de precios y medicamentos:” Por el cual se delegan unas funciones en la comisión nacional de precios y dispositivos médicos” a la Secretaría Técnica de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos.

Ley 1438, con la cual se introdujo el Giro directo del Presupuesto general de la nación, sistema General de participaciones, Coljuegos y Fosyga esto permitió que los recursos llegaran directamente a las IPS, quitando la intermediación de las EPS, que usaban los recursos con otros fines aumentando la cartera con los prestadores directos y por ende afectando la atención de los pacientes.

Plan Nacional de desarrollo, “Todos por un nuevo país”, Del nuevo periodo presidencial 2014-2018, se plantean varias propuestas para conseguir el objetivo del sistema: Reforma el Fosyga eliminando las cinco subcuentas, como afecta el sistema? garantiza el flujo de recursos económicos a donde realmente se necesitan, eliminado la burocracia que obstaculiza la distribución de estos, se financiaría el sistema y se fortalecería el régimen subsidiado. Esto además beneficia todos los actores del sistema no solo por los recursos sino por el seguimiento y monitoreo que haría el estado sobre esto.

Tabla 9. Análisis del Entorno Jurídico - Legal

<i>Variable</i>	<i>A/O</i>	<i>AM</i>	<i>am</i>	<i>om</i>	<i>OM</i>
1. Ley 100	O			X	
2. Código sustantivo del trabajo	A	X			
3. Ampliación del tiempo de cobertura a hijos beneficiarios	O			X	
A:AMENAZAS, O: OPORTUNIDADES; AM:AMENZA MAYOR, OM: OPORTUNIDAD MAYOR, am: AMENAZA MENOR, om: OPORTUNIDAD MENOR					

3.6. ENTORNO TECNOLÓGICO

Las mega-tendencias en tecnologías están direccionadas a las tecnologías de la información, teniendo un profundo impacto en el desarrollo empresarial, hay cuatro fuerzas que están marcando la tendencia que permiten marcar la diferencia, superar la competencia. Uno de estos factores es la NUBE, es un modelo basado en servicios en el cual la necesidad de servidores, computadores y licencias se reducen al mínimo, los recursos están fuera de la empresa y pueden usarse en cualquier momento y desde cualquier lugar, por lo tanto cambia la forma en que se gestionan operan y consumen los recursos, se promueve mayor eficiencia, reducción significativa de costos, convirtiendo las tecnologías de la información en un suministro como el agua o la energía.

Los resultados del informe elaborado a través de la encuesta CloudView de 2016 de IDC, en la que se entrevistó a 400 ejecutivos de la región, detalla que el 62% de las empresas latinoamericanas ya usa algún tipo de nube y de estas el 78% se está planteando una estrategia híbrida. También prevé que las partidas destinadas a la nube privada aumenten un 80% en los próximos dos años.

Un informe alterno de Cisco presentado en Estados Unidos indica que el 69% de las organizaciones en el mundo no cuenta con planes de nube maduras y solo el 3% ha implementado estrategias optimizadas para generar mejores resultados en sus negocios. Sin embargo hay desafíos con respecto a seguridad, calidad del servicio y la pérdida de control, eso ha obstaculizado la adopción masiva de este tipo de tecnología. Esta herramienta útil en salud, ya que la atención en salud exige tener siempre la información actualizada no solo del paciente sino de la operación del negocio, optimiza espacios y permite fácilmente el cumplimiento de la norma pues se tiene exigencias como garantizar la conservación de la historia clínica de los pacientes por 20 años.

3.6.1. Movilidad.

Esta tendencia marcada por los teléfonos inteligentes, tabletas y aplicaciones ha ido cambiando la manera de hacer negocios, al punto de considerarse como estrategia de flexibilidad y velocidad para finalizar acuerdos, la tendencia es permitir a los empleados acceder remotamente a los recursos: escritorios, aplicaciones, email, archivos para trabajar desde cualquier lugar en cualquier momento. Este panorama incluye el mercado de los teléfonos móviles, cambiando rápidamente y la seguridad de la información, pero debe ser abordado cautelosamente para que los riesgos y traumatismos sean mínimos, el resultado de la iniciativa de la movilidad es que le permita a las organizaciones más flexibilidad, velocidad y optimice la oportunidad

de hacer negocios, permitiendo una relación con el cliente” tú a tú” en tiempo real a los acontecimientos.

Se identifican en el mercado ya aplicaciones para acceder al servicio de salud directamente desde un móvil o el desarrollo de puede agilizar los proceso internos en instituciones en las cuales el tamaño exige herramientas facilitadoras Sumado a lo anterior se ha gestado la era de los grandes archivos, la tendencia BIG DATA permite avanzar rápidamente muchas disciplinas científicas entre ellas la salud.

Las organizaciones están inundadas de datos, a pesar de que cada segundo se genera información, su volumen, variedad y velocidad de generación supera la infraestructura y capacidad de las empresas para tomar decisiones oportunas y precisas y esta herramienta permite el acceso fácil rápido, seguro y sobre todo integral de la información.

En concordancia con esta realidad el ministerio de seguridad social está desarrollando una Historia clínica unificada para todo el territorio nacional que permita acceder a la misma información a cualquier actor del sistema, como ocurre en otros países donde la atención en salud está más avanzada, ha desarrollado además sitios web para la consulta y difusión de indicadores, de calidad, epidemiológicos y demográficos, información bibliográfica y en 2016 desarrollo una herramienta para la formulación y autorización el línea los medicamentos no incluidos en el sistema de atención y garantizar la calidad de atención a los usuarios; de otro lado las empresas aseguradoras avanzan en la propuestas de la facturación en línea lo que finalmente se traduciría en el pago rápido de la atención por la disminución de tiempos en los procesos de facturación, radicación y cobro.

Los medios sociales, como fenómeno social de la mano con el desarrollo tecnológico de las comunicaciones se ha generado la comunicación de redes sociales vía internet casi sin ningún filtro y donde el tema emocional manda la parada, es auténtica, natural, espontánea y refleja crudamente la percepción de las audiencias frente a los hechos, más allá de publicidad, encuestas investigaciones o estudios de mercado, por esto su monitoreo constante y respuesta activa puede ser una estrategia empresarial de posicionamiento en el mercado.

Con respecto a la tecnología implicada directamente en la atención en salud, se observa a nivel mundial tendencias como la nanotecnología, la robótica y biotecnología, estas se presentan como herramientas que facilitan el diagnostico precoz y el tratamiento temprano a diferentes patologías cardiovasculares,

cerebrovasculares, renales, inmunológicas y el cáncer; Colombia le está apostando a eliminar fronteras con innovación y tecnología, el país se está fortaleciendo en turismo en salud y la tecnología esta implica en esa línea de negocio, pero estas deben ser evaluados según costo beneficio pues acarrearán gran inversión cuyo retorno es directamente dependiente de su uso y el actual momento del sector salud tiende a una competencia de costos bajos y a una recuperación de cartera lento.

Tabla 10. Análisis del Entorno Tecnológico

<i>Variable</i>	<i>A/O</i>	<i>AM</i>	<i>am</i>	<i>OM</i>	<i>om</i>
1. Desarrollo de tecnologías de la comunicación	O			X	
2. Redes sociales	O			X	
3. Tecnología biomédica de punta	A		X		
A:AMENAZAS, O: OPORTUNIDADES; AM:AMENAZA MAYOR, OM: OPORTUNIDAD MAYOR, am: AMENAZA MENOR, om: OPORTUNIDAD MENOR					

3.7. ENTORNO ECONÓMICO

La fortaleza de la economía colombiana se fundamenta en importantes transformaciones en lo político, económico y social, estos cambios se demuestran en indicadores económicos como el crecimiento económico, el comportamiento del PIB, inflación y la tasa de desempleo.

La caída en los precios internacionales del petróleo, en un 50% en promedio, desde el segundo semestre de 2014 afecta las finanzas nacionales, La industria petrolera aporta el 50% de las exportaciones, el 16% de los ingresos fiscales del Gobierno y el 5% del PIB; Por su carácter de país exportador, la caída en el precio del petróleo afecta negativamente a Colombia, si bien es cierto que el PIB DE 4.6 % para el 2014 mostró un crecimiento económico comparado con el año anterior de 4.2% y al promedio de los últimos 15 años de 4.3% para el 2015, luego de una revisión, la Junta Directiva Del Banco De La República pronosticó una expansión del Producto Interno Bruto (PIB) de entre el 2% y 4%, con 3,6% como cifra más probable y el Gasto en salud pasará a representar el 7,5% del Producto Interno Bruto, PIB.

Esto produce un efecto adverso sobre los términos de intercambio que se refleja en una caída del ingreso nacional, con implicaciones sobre el balance comercial y las finanzas públicas, lo que se traduce que si se prevé que el gasto será en salud

será de 7.5% de PIB, no hay musculo financiero para sostenerlo, para lo cual el gobierno está pensando reforma tributaria estructural que deberá financiar las nuevas coberturas en salud y deberán correr por cuenta de ella , dado que los recursos serán insuficientes para atender el gasto.

En los años 2008-2010 se gestó una crisis financiera en el sector , cuando hubo un aumento inesperado de las prestaciones que no se incluían en Plan Obligatoria de Salud, POS, a cargo de las entidades territoriales y el Fosyga, sumado a la corrupción no ajena al sector, generó un déficit financiero del sistema de salud colombiano (\$4 billones). Consecuentemente se toman medidas como:

1. Creación Política farmacéutica, la regulación de los precios de los medicamentos. Medida que ha ahorrado el gasto según el actual ministro de salud, Alejandro Gaviria, en 500.000 millones y se prevé que para el segundo semestre de 2015 el ahorro será de 400.000millone, le deja poco margen de rentabilidad a los hospitales y clínicas generando fragilidad financiera que redundan en deficiencia de atención, calidad, oportunidad, pertinencia e innovación en los I servicio de salud.

2. Diseño de nuevo plan obligatorio de salud, previsto para el 2017, que se supone tendría más cobertura a los usuarios con financiación tributaria.

3. Liquidación de hospitales y aseguradoras que no tienen posibilidad de salvamento financiero, pero garantizando aseguramiento de la población.

4. El Desempleo: El departamento Nacional de estadística, DANE, informo que en enero de 2015 el desempleo se situó en un 10.8% y en febrero en 9.9%. Según un análisis de Bancolombia se disminuyeron los desocupados en un 0.6%, esto refleja creación de empleo, La creación de empleo incide en el sector salud de manera positiva en dos direcciones, por un lado le permite al empleado colombiano y a su familia acceder a los servicios de salud y por otro lado aumenta el aporte directo al régimen contributivo e indirecto al régimen subsidiado, garantizando su financiamiento.

5. La devaluación y la inflación: Colombia enfrenta la inflación este año por la devaluación del peso frente al dólar estadounidense, que genera un alza en los precios de los productos importados, esto podría traer un aumento en el IPC (Índice de Precios al Consumidor), en el 2015 la inflación está en 4.56; Por el contrario la inflación afecta a todas y cada una de la familias colombianas y tienen efectos sobre el bienestar social y sobre la capacidad de acceder a los servicios de salud en el régimen contributivo, donde se tienen el aporte de los afiliados como fuente de financiación, o sea si aumenta la inflación, disminuye la capacidad aporte en salud, disminuyen la disponibilidad de dinero en el sistema.

Tabla 11. Análisis del Entorno Económico

<i>Variable</i>	<i>A/O</i>	<i>AM</i>	<i>am</i>	<i>om</i>	<i>OM</i>
1. Inflexibilidad presupuestal: según ley estatutaria de universalización de la cobertura en salud, todos colombianos debe tener asignado en el presupuesto del gasto en salud lo correspondiente a su upc.	O			X	
2. Aumento de la inflación por devaluación del peso frente al dólar, genera alza en productos importados: tecnologías, aumenta upc 9%	A		X		
3. Disminución de pib a 3.1 comparado con el año 2015 que fue de 4.6%.	A		X		
4. Aumento del desempleo: aumenta el número de personas que deben ser subsidiados para garantizar su cobertura en salud.	A		X		
5. Tasa de interés alta	A		X		
A:AMENAZAS, O: OPORTUNIDADES; AM:AMENAZA MAYOR, OM: OPORTUNIDAD MAYOR, am: AMENAZA MENOR, om: OPORTUNIDAD MENOR					

3.8. ENTORNO POLÍTICO GUBERNAMENTAL

Se parte de la premisa que las Política en salud son aquellas normas, reglamentaciones y direccionamientos que se dictan para conseguir el objetivo del sistema de salud: salud para todos, con calidad, oportunidad, eficiencia y pertinencia con sostenibilidad y rentabilidad económica, identificamos Instituciones que marcan el destino de salud en Colombia como: El ministerio de salud, la Superintendencia de salud, El departamento de Nacional de planeación.

La corte constitucional es el motor de los cambios en el Sistema nacional de salud, ha intervenido en el sistema por razones sociales, políticas; sociales por la necesidad de la tutela para la prestación de los servicios de salud; política por la ineficiencia del estado y sus instituciones para responder a las fallas estructurales y a las malas prácticas (corrupción) de los agentes del sistema, ha dictado sentencias como la T-760/08 que se refiere a la salud como un derecho, como un derecho autónomo fija los límites y dimensiones de este derecho y da orden a los poderes públicos para superar las fallas del sistema

Articulado con el Plan Nacional de desarrollo, "Todos por un nuevo país", Del nuevo periodo presidencial 2014-2018, se plantean varias propuestas para conseguir el objetivo del sistema: Reforma el Fosyga eliminando las cinco subcuentas, como

afecta el sistema? garantiza el flujo de recursos económicos a donde realmente se necesitan, eliminando la burocracia que obstaculiza la distribución de estos, se financiaría el sistema y se fortalecería el régimen subsidiado. Esto además beneficia todos los actores del sistema no solo por los recursos sino por el seguimiento y monitoreo que haría el estado sobre estos.

EL PND define un Modelo Integral de Atención en Salud MIAS, garantizando el acceso efectivo de los ciudadanos a los servicios de salud, con acciones y prestaciones desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, en todas las etapas de la vida y lo más cerca posible a donde transcurre su cotidianidad. Articula a todos los agentes, desde los ciudadanos, los gobiernos territoriales, las EPS, los prestadores de servicios, los proveedores, y el sector educativo. Coordina todos los sectores orientados al bienestar de la población, para modificar de manera efectiva los determinantes de la salud, mejorar continuamente los resultados en salud y cerrar brechas de inequidad social

Otra política que afecta el sistema es Ley 1438, con la cual se introdujo el Giro directo del Presupuesto general de la nación, sistema General de participaciones, Coljugos y Fosyga esto permitió que los recursos llegaran directamente a las IPS, quitando la intermediación de las EPS, que usaban los recursos con otros fines aumentando la cartera con los prestadores directos y por ende afectando la atención de los pacientes.

La ley estatutaria en salud o ley 1751, del 16 de febrero de 2015, tiene como fin esclarecer reglas de juego y abrir camino a normas posteriores para que el estado y las instituciones del sector garanticen la salud, como un derecho fundamental. Esta ley afecta la salud directamente pues habla de esta no solo como derecho sino como el deber de cada persona de mantener hábitos saludables, acudir al médico a tiempo y seguir sus recomendaciones, se reconoce la autonomía médica, no habrá necesidad de autorizaciones para la atención de urgencias, Se mantienen al movilidad entre regímenes, las personas se afilian al sistema de salud no a una EPS, los usuarios del régimen contributivo que no tengan capacidad de pago serian cubiertos por el régimen subsidiado; esta norma no obliga a cubrir transporte y hospedaje pero tampoco lo prohíbe, dejando la posibilidad de cubrirse según sea el caso, en este aspecto se corre la posibilidad de que usuarios de las zonas apartadas no tengan acceso a servicios de salud, pero esta misma ley dictamina la creación de nuevos centros médicos llevando los servicios de salud a las poblaciones que los necesiten.

Esta ley se refiere también al control de los precios de los medicamentos interviniendo desde la cadena productiva, esto garantiza precios razonables para el sistema pero también rentabilidad para los prestadores; estimula también el ingreso de nuevos competidores al mercado permitiendo indirectamente el control sobre los precios.

También con esta ley desaparece la lista de servicios y procedimientos el POS, plan obligatorio de salud y hay una lista de exclusiones, lo que concluiría en que los usuarios recibirán los servicios de salud sin trabas, ni burocracia, garantizando la oportunidad de atención.

MINSALUD expidió la resolución 1328 de 2016, ELIMINACIÓN DE LOS COMITÉS TÉCNICOS CIENTÍFICOS, con el objeto de garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud no cubiertos con la Upc. Se expidieron normas de reglamentación como:

- ▶ RESOLUCIÓN NUMERO 5261 DE 1994 (Agosto 5) Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- ▶ DECRETO NUMERO 4747 DE 2007 (Diciembre 7) Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Artículo 2. Campo de aplicación. El presente decreto aplica a los prestadores de servicios de salud ya toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el presente decreto, deberán cumplir con los términos aquí establecidos.

- ▶ DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 3 ABR 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Está integrado por cuatro componentes a saber: Habilitación, Auditoría, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud- LEY 1438 DE 2011 MIAS.

► RESOLUCIÓN NÚMERO 1446 DE 8 MAYO DE 2006 “Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”.

► RESOLUCIÓN NÚMERO 003047 DE 2008 (14 de agosto) Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

► RESOLUCIÓN NÚMERO 00002003 DE 2014 (28 MAY 2014) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

Tabla 12. Análisis del Entorno Político Gubernamental

<i>Variable</i>	<i>A/O</i>	<i>AM</i>	<i>am</i>	<i>om</i>	<i>OM</i>
1. Plan de desarrollo 2014-2018. creación de unidad de gestión que hace parte del SGSSS, que administra los recursos del FOSYGA estos recursos serán destinados entre otros a: financiación de programas de promoción y prevención	A		X		
2. Compra directa de la cartera a las IPS, en términos del artículo 9 de la ley 1618 de 2013	O				X
3. Regulación de la negociación y precios de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, los cuales no se podrán transar por encima de los precios de referencia, según el artículo 88 de la ley 1438 de 2011.	A	X			
4. Política farmacéutica de precios	O				X
5. Redes integradas	O				X
6. Pago directo por parte de las entidades territoriales, departamentales y distritales a los prestadores del servicio de salud públicos, privados o mixtos, para los servicios y tecnologías en salud que no están en el pos, para los afiliados del régimen subsidiado. Resolución 1479 de 2015.	A	X			

Tabla 12. Continuación

<i>Variable</i>	<i>A/O</i>	<i>AM</i>	<i>am</i>	<i>om</i>	<i>OM</i>
7. Se elimina completamente el CTC en el régimen contributivo y se reemplaza por un aplicativo donde el médico tratante reporta la prescripción.res 1328 de 2016	A	X			
8. Reglamenta los criterios de las multas por infracción a las normas de seguridad y salud en el trabajo y riesgos laborales.	A		X		
9. Obligatoriedad de requisitos mínimos de habilitación	O			X	
A:amenazas, O:oportunidades; AM:amenaza mayor, OM:oportunidad mayor, am:amenaza menor, om: oportunidad menor					

3.9. ENTORNO INTERNACIONAL

Con la ya nombrada política de competitividad y la política de transformación productiva, Colombia es destino preferido de extranjeros para someterse a tratamientos y procedimientos médicos, para el 2014 se recibieron 34.995 extranjeros usuarios del turismo en salud e ingresaron 141 millones de dólares a la economía colombiana, según datos de migración y DANE; esto implica que sectores tanto público como privados se involucren como el ministerio de Industria y comercio, el ministerio de salud, Bancoldex, Procolombia, convirtiendo el país en un fuerte competidos en turismo medico a nivel mundial.

Este es impulsado por las IPS que comparado con el mercado exterior ofrecen con mejores precios menores tiempos de espera, calidad y tecnología a los extranjeros que ingresen al país para realizarse un procedimientos médicos no se les cobra impuestos; está dirigido a colombianos residentes en el exterior y extranjeros de EE UU, Canadá, Ecuador, Venezuela y el Caribe; los servicios más vendidos son de odontología, estética, cardiología, neurocirugía y ortopedia, La oferta exportable colombiana además cuenta con una tecnología de punta, con el fin de garantizar el diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno para los pacientes internacionales, Colombia tiene uno de los costos más competitivos en América Latina en términos de cirugías, tratamientos médicos y medicamentos, esto ha traído como consecuencia positivas que las IPS mejoren continuamente sus estándares de calidad pues deben cumplir con una serie de requisitos para prestar estos servicios, en la actualidad 31 IPS están acreditadas y tres se encuentra en proceso de certificación a nivel internacional, instituciones como La fundación Valle del Lili e Imbanaco entre 16 clínicas colombianas, se encuentran en clasificadas en lugares privilegiados en América Latina por su calidad de atención.

El país es el tercer país en América Latina reconocido por la exportación de servicios médicos después de México y Brasil. Según la ANDI un paciente que viene del extranjero aporta la economía colombiana de 3000 5000 dólares incluyendo gastos médicos, transporte y hospedaje, generando empleo y desarrollo científico y económico. Ventajas laborales, se ha convertido en una de las fuentes de ingresos del país, estimulando la inversión estatal para la construcción y mejoramiento de la infraestructura de vías, puentes, comunicaciones, entre otros, ayudando así al desarrollo social, económico y ambiental (Castiblanco Herrera, 2008); con respecto al transporte Colombia cuenta con más de seiscientos vuelos semanales que conectan a Colombia con Norte, Centro y Suramérica y Europa.

El 30% de estos vuelos llegan directamente a ciudades distintas a Bogotá, lo que facilita las conexiones directas con importantes centros médicos en ciudades como Medellín, Cali, Barranquilla, Cartagena y Bucaramanga (Portal de Inversión Proexport Colombia, 2009). También hay Ventajas ambientales, Incentiva la preservación de los recursos por medio de la inversión estatal en preservación, prevención, cuidado y restauración no solo de los recursos naturales, sino también arquitectónicos, históricos, culturales y artísticos, entre otros (Castiblanco Herrera, 2008). Ventajas culturales, Incentiva a nuestro país a adquirir nuevos conocimientos por otras culturas e idiomas. La nueva imagen que se le ha patrocinado al país por medio de programas como “Vive Colombia viaja por ella”, y “Colombia es pasión”.

Por otro lado la imagen de la medicina en el país a nivel mundial ha atraído a jóvenes de otras regiones del mundo a estudiar en instituciones de gran reputación carreras como medicina, enfermería, bacteriología y enfermería, en busca de especializaciones ya que en Colombia existen alrededor de 150.

A nivel científico en la investigación en salud, Colombia se destaca a nivel latinoamericano, promueve gran cantidad de eventos académicos, congresos, seminarios, actualizaciones que muestran en compromiso con la calidad y el desarrollo.

Tabla 13. Análisis del Entorno Internacional

<i>Variable</i>	<i>A/O</i>	<i>AM</i>	<i>am</i>	<i>om</i>	<i>OM</i>
1. Turismo en salud: Es un sector de gran dinámica y crecimiento a nivel mundial: Colombia cuenta con una alta calidad de profesionales y con precios asequibles en los procedimientos quirúrgicos que hacen que el país sea uno de los lugares más apetecidos por las personas de todo el mundo que buscan realizarse operaciones estéticas.	O				X
2. Zonas francas en salud: El objetivo de una zona franca de salud es que quien esté dentro TENDRA maquinaria especializada para los diferentes tratamientos médicos sin pagar aranceles, ni IVA.	O			X	
3. Cluster en salud: El clúster de salud del Valle es la concentración geográfica en Cali y Valle en general, de empresas e instituciones especializadas y complementarias en la actividad de medicina, odontología, educación e investigación, producción y/o comercialización de insumos hospitalarios, dispositivos, tecnología biomédica, telemedicina, producción y/o distribución de medicamentos, desarrollo de software científico y conocimiento; las cuales interactúan entre sí, creando un clima de negocios en el que todos pueden mejorar su desempeño, competitividad y rentabilidad.	O				X
4. Organizaciones de ayuda internacional	O				X
A:amenazas, O:oportunidades; AM:amenaza mayor, OM:oportunidad mayor, am:amenaza menor, om: oportunidad menor					

3.10. ANÁLISIS INTEGRADO

Tabla 14. Análisis Integrado de los Entornos

MATRIZ INTEGRADA DEL ANÁLISIS EXTERNO			
<i>Variables Clave</i>	<i>Relación con el Sector</i>	<i>Justificación y Tendencia</i>	<i>Impacto Sobre la Organización</i>
1. Universalización del aseguramiento, 96% de la población colombiana está asegurada.	El sistema general de seguridad social en salud, fue creado en el año 1993 con expedición de la ley 100, como mecanismo de protección en salud, ya que los índices de cobertura y aseguramiento eran mínimos para los habitantes del territorio Colombiano. Es la principal estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para lograr el acceso a la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Beneficiosos servicios de salud POS, la Ley 1122 de 2007 define el aseguramiento como: la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. El artículo 157 de la Ley 100/93 establece la obligatoriedad para todos los habitantes del territorio nacional de afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) , a través de tres formas: Régimen contributivo Régimen subsidiado Participantes vinculados	Los avances en la ampliación de cobertura del seguro de salud, en los 10 primeros años de vigencia de la ley, fue significativa y permitió la atención médica oportuna, especialmente a la población más vulnerable identificada en los niveles de SISBEN I y II, luego de 20 años de desarrollo de la ley 100, se presentan diferencias importantes entre analistas y actores de la reforma, en cuanto a la interpretación de las cifras y las perspectivas de aumento de dicha cobertura, ya que ha quedado un fragmento de la población sin protección denominada VINCULADOS (POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA) Con la expedición de la Ley 1122 DE 2007, el Sistema General de Seguridad Social en Salud pretendía alcanzar la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del SISBEN de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema, es decir que la aplicación del principio Constitucional de la UNIVERSALIDAD, solo se aplica, respecto de los ciudadanos colombianos que se encuentren enmarcados en los niveles de SISBEN descritos en las norma nacionales, excluyendo a quienes no pueden acceder al régimen contributivo, por encontrarse cesantes y se encuentran por fuera de los niveles enunciados	El sistema de salud debe garantizar la atención oportuna y equitativa de todas las contingencias en salud de los ciudadanos y residentes colombianos. Para la UCI del Rio ha sido favorable el poder atender más personas gracias a los convenios con EPS y ofrecer servicios para personas sin importar a que régimen pertenezca

2. Insuficiente infraestructura hospitalaria	La subdirección de infraestructura Física en Salud de MinSalud elabora las políticas y normas técnicas de infraestructura física hospitalaria, igualmente brinda asesoría y asistencia técnica a las entidades territoriales e instituciones públicas prestadoras de servicios de salud en el desarrollo, construcción y dotación de la infraestructura, para la adecuada prestación de servicios de salud. En Colombia son evidentes los esfuerzos por mejorar las condiciones de salud durante la última década. El Instituto Suramericano de Gobierno en Salud - ISAGS (2012) resalta el crecimiento de la capacidad instalada en el periodo 2002-2010, especialmente en el número de camas en los hospitales de primer nivel, en las salas operatorias en los de segundo y tercer nivel, además de la oferta de servicios.	El número de camas por cada mil habitantes aumentó de 1,2 a 1,4 2016, Entre los años 2014 y 2015 se trató de disminuir el rezago que había en infraestructura hospitalaria, el Gobierno Nacional, así como la inversión de departamentos y municipios con recursos de regalías, con fondos propios del Ministerio de Salud y con el apoyo del Ministerio de Hacienda. En la medida en que se mejore la infraestructura de los hospitales de los primeros niveles de atención, se mejorará la calidad del servicio y en eso está empeñado el Ministerio de Salud y Protección Social	La insuficiente infraestructura hospitalaria de la región le da la Clínica UCI del Río la oportunidad de cubrir los servicios que no pueden ofrecer las otras clínicas de acuerdo a la especialidad
3. Desarrollo sostenible	El respaldo mundial a la cobertura sanitaria universal ha venido cobrando cada vez mayor fuerza desde que la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó por unanimidad una resolución en la que se destaca la importancia fundamental de la salud para el desarrollo internacional. Asimismo, se reconoce el papel de la salud en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente y se insta a los países, a las organizaciones de la sociedad civil y a las organizaciones internacionales a que promuevan la inclusión de la cobertura sanitaria universal en el programa internacional de desarrollo	La Resolución de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal invita a los Estados Miembros a que adopten un enfoque multisectorial y actúen en relación con los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud, con miras a reducir las desigualdades en materia de salud y posibilitar el desarrollo sostenible.	Sin salud no hay desarrollo sostenible; las personas sanas son más capaces de aprender, trabajar y contribuir de manera positiva a sus economías y sociedades. La organización puede ayudar a establecer metas y medir el progreso y los resultados. Puede, proporcionar evidencia sobre el impacto en la salud de las estrategias del municipio, innovaciones y tecnologías de la economía verde.

4. Código sustantivo del trabajo	El personal se está enfrentando a los ajustes propuestos por la flexibilización laboral: disminución del salario de base y aumento del salario variable, tercerización de la relación laboral, inestabilidad en el empleo, contratación temporal y pérdida o disminución de las garantías laborales. Se encontró un creciente aumento de formas de vinculación no laborales con la figura de la contratación civil, comercial, administrativa o de prestación de servicios Las instituciones de salud tienden a focalizar en su negocio principal y en paralelo contratan otras empresas especializadas en actividades o servicios de apoyo. Dicha intermediación contractual implica un tipo de relación más cooperativo inter-empresa y posiblemente respuestas más rápidas a las oscilaciones de la demanda.	La tendencia general, es que el empleo no sea más regulado por el derecho del trabajo sino por el derecho civil, administrativo o comercial. Por lo tanto, las garantías del derecho del trabajo (salario, prestaciones sociales, jornada, seguridad social) no aplicarán a los empleados, quienes además al no ser considerados jurídicamente trabajadores, pierden el derecho de asociación y de contratación Colectiva	Contar con personal contratado o remunerado de manera diferencial, no cambia la exigencia de calidad que se le hace a los profesionales en la atención a los usuarios, pero sí la forma de su Seguimiento. Los procesos de gestión del recurso humano, debe tener mecanismos diferentes de seguimiento al personal, dependiendo de la forma de contratación con la institución. Algunos consideran que posiblemente la calidad de la atención no se afecte, pero sí la satisfacción por el trabajo
5. Desarrollo de tics	La relación de las TICs va mucho más allá que la implementación en la red de portales de salud dirigido a consumidores o profesionales. Una de las líneas de mayor empuje corresponde a las grandes iniciativas políticas. La incorporación de TIC supone un motor de cambio para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, favoreciendo el desarrollo de herramientas dirigidas a dar respuesta a planificación, información, investigación, gestión, prevención, promoción diagnóstico y tratamiento. El reto es un entorno de colaboración entre todos los agentes implicados y centrado en el paciente	La tendencia apunta a iniciativas de aplicaciones médicas que faciliten la consulta a médicos, grupos de apoyo, servicios de telemedicina. Sistemas de información que mejoren la calidad del servicio, facilite una gestión eficiente y cómoda para ciudadanos	La clínica debe implementar acciones como mejorar los tiempos de respuesta al solicitar las citas. Disminuir los desequilibrios del acceso a los servicios, optimización de la relación coste / beneficio, a la vez que favorecen su desarrollo y crecimiento Enviar solicitudes con mayor eficiencia a las otras entidades de salud cuando se necesite algún apoyo

6. Redes sociales	Dentro de los pacientes, se distinguen colectivos como son las personas mayores, enfermos crónicos y agrupaciones de pacientes organizados en asociaciones; estos se han visto potenciadas por Internet, permitiendo a los pacientes o sus cuidadores crear sus propios grupos de autoayuda en la red. También la penetración de las comunicaciones móviles está encontrando gran acogida en los programas y aplicaciones para la dependencia o discapacidad y otras aplicaciones de salud como la mejora de la accesibilidad a los cuidados de salud y la gestión de los pacientes en el mundo rural. El impacto de las redes sociales en este ámbito es muy elevado, aunque no es para menos, teniendo en cuenta que cada 5 segundos se realizan 170.000 búsquedas en Google sobre este campo	El 52% de la información que buscamos en Internet sobre salud se refiere a algún tipo de enfermedad, seguida de temas sobre alimentación, hábitos saludables y medicamentos. El 77% de los pacientes realizan búsquedas en Internet antes de solicitar una consulta. Además de buscar información, comparten sus experiencias: 1 de cada 4 pacientes utiliza las redes sociales para seguir la experiencia de otros y un 41% de los encuestados afirma que los medios sociales influyen en su elección de hospital o médico. Los profesionales médicos cuentan con diferentes redes sociales temáticas para relacionarse, compartir experiencias o casos, y se han creado muchas comunidades sanitarias donde los usuarios pueden exponer sus dudas (Neomed, Spanamed, Saluspot, Ippok, entre otros). La infografía destaca que 1 de cada 7 de los profesionales sanitarios participa diariamente en las redes sociales y que 1 de cada 4 de los médicos, utiliza los medios sociales para buscar información sobre su ámbito. Los hospitales que tienen una presencia en redes sociales se decantan por utilizar Facebook y que el 85% de las compañías de salud utilizan las redes sociales dentro de sus estrategias de Marketing o planean hacerlo durante los próximos meses.	Educar a los pacientes les hará posicionarse por encima de sus competidores: Dar consejos de salud y, en particular, sobre la especialidad médica que se ofrece, es una labor de responsabilidad social que apreciarán todos los miembros de su comunidad. Adicionalmente ganarán reputación y prestigio profesional. Invertir en las redes sociales: El crecimiento orgánico en redes sociales como Facebook y Twitter es difícil de lograr para empresas y marcas, incluyendo aquellas del sector salud. Por ello es importante dedicar un presupuesto para varias campañas al año, bien sea para aumentar los seguidores o Likes, como también promocionar un post o llevar tráfico a una página web. Comprometerse con el paciente genera su lealtad: No solo es necesario educar a los pacientes (actuales o potenciales) hay que escucharlos y conversar con ellos. Si un paciente escribe una queja en una de las redes sociales, Lo correcto es responder lo más rápido posible y tratar de seguir la
--	--	---	--

			conversación off-line, mail o teléfono
7. Compra directa de la cartera a las IPS,	Es el mecanismo aprobado por el artículo 9 de la Ley 1608 de 2013, para que las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) puedan mejorar su liquidez. La operación de la compra de cartera se financia con recursos de la subcuenta de Garantías del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA y el pago de la operación es realizado por las EPS y/o Cajas de Compensación. Esta medida es dirigida a todas las IPS, de naturaleza privada o mixta, debidamente habilitadas y que tengan inscritas más de cincuenta (50) camas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Para acceder a la compra de cartera, las IPS deben estar inscritas en el Registro Especial de Prestadoras de Servicios de Salud, encontrarse habilitadas para la prestación de servicios y además, según su naturaleza, contar con certificación de existencia y representación legal, expedida con antelación no mayor a 15 días a la presentación de la solicitud	Al corte de diciembre de 2016 se han aprobado 1.816 operaciones de compra de cartera por \$1 billón 617 mil 513 millones, en las que se han beneficiado 415 IPS y 26 EPS del régimen contributivo y del régimen subsidiado. Del total aprobado, se giraron \$292.565 millones durante el año 2013, \$744.540 millones en 2014, \$487.988 millones en 2015 y para 2016 se aprobaron y giraron \$92.420 millones. (Minsalud, 2016)	Esta medida impactaría positivamente la institución con la salvedad de que se cuentan en la actualidad con 20 camas por lo tanto la institución no sea podido beneficiar de esta medida
8. Política farmacéutica de regulación de precios de medicamentos insumos	La ley Estatutaria fortalece la política farmacéutica nacional, incluido el control de precios de medicamentos. La Ley le otorga al Ministerio de Salud y Protección Social la competencia regulatoria manteniendo la intersectorialidad que opera actualmente. El regulador tiene la competencia de intervenir los precios de los medicamentos en toda la cadena productiva, no solo hasta el punto de salida del proveedor mayorista. La Ley establece la necesidad de usar la comparación de precios internacionales pero no prohíbe el uso de herramientas o metodologías adicionales. Adicionalmente, la ley obliga al Instituto Nacional	En la actualidad hay 863 de medicamentos reglados, de estos 585 están en el pos y 278 no incluidos. Se considera que hay una reducción promedio del 42% del precio de los medicamentos incluidos en la regulación y un ahorro estimado de 550 millones. (MINSALUD, 2016)	Aun que es un ahorro para el sistema, tiene un impacto negativo para la clínica ya que el margen de utilidad es mínimo y en ocasiones de pérdida pues no se compensan los costos administrativo inherente a la utilización de estos medicamentos.

	de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) a hacer pública toda la información de los medicamentos registrados en el país.		
9. Giro directo	El giro directo es un mecanismo previsto por la Ley 1438 de 2011 a través del cual el Ministerio de Salud y Protección Social gira directamente los recursos del Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) sin que pasen por la Entidad Territorial	Entre junio de 2015 y mayo de 2016 se giraron 13,8 billones de los cuales el 67% se ha n girado a las IPS, en total desde la aplicación de la medida en abril de 2011, se han girado 53,4 billones de los cuales 65% han sido para la red prestadora (EN TERMINOS DEL ARTICULO 9 DE LA LEY 1618 DE 2013)	Facilita la gestión una gestión de cartera para las intuiciones de régimen subsidiado aunque sigue dependiendo de la voluntad de pago de las intuiciones, pues se paga a través de este mecanismo pero es al EPS quien programa el monto a pagar.
10. Pago de no pos por entidades territoriales	Mediante la Resolución 1479 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñó unos modelos para el cobro y pago de servicios y tecnologías que no cuentan con cobertura en el POS del régimen subsidiado. “Esta norma le apunta a la oportunidad en la atención al paciente y a que el pago se haga directamente de la Entidad Territorial (ET) al prestador de servicios de salud que brindó el servicio o la tecnología”	No hay un informe oficial del departamento del valle al respecto pero según Gestarsalud (Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud. Organización, proyectos y actividades de la agremiación.), el departamento debe cerca de 184 mil millones de pesos. La deuda nacional está en los 800 mil millones de pesos. El Valle del Cauca es el departamento que más adeuda dinero a las EPS, por concepto de pagos a procedimientos y medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS)	Desde el inicio esta medida va en detrimento fiscal de la institución, desde el 2015 que se implementó la medida en la institución no ha recibido pago de ningún ente territorial responsable de pago de las atenciones de sus afiliados, el saldo con el ente territorial del Valle es del \$250 millones con más de 365 días de cartera
11. Turismo en Salud	En el 2010 se elevó el carácter de política pública en escomes 3678, como política general: “Impulsar la transformación productiva de la economía hacia una oferta diversificada, de alto valor agregado y sofisticación”. Como política sectorial: “Posicionar a Colombia como un destino de Turismo de Salud de clase mundial”	Colombia es una país inigualable para la inversión en turismo en salud, ofrece incentivos tributarios y operacionales, cuenta con 13 zonas francas en salud Con beneficios arancelarios y la exención del Impuesto al Valor Agregado (IVA) permite a las zonas francas tener ahorros importantes es su operación y así, poder dotar las instalaciones de equipos de alta gama; además los profesionales colombianos son reconocidos como altamente calificados, se cuenta con 16 clínicas entre las	Se debe identificar como una oportunidad por la ubicación geográfica de Buga, porque buga ya es considerada como destino del turismo religioso, permitirá a la clínica Mejorar la calidad humana del personal, corrigiendo el déficit de profesionales en ciertas áreas de la salud. •Aumentar las tasas y los

		40 mejores del mundo; Los servicios solicitados son :atenciones odontológicas, cirugía cardiovasculares, procedimientos estéticos cirugía plástica y tratamiento para la reducción de peso. Colombia Datos del Programa de Transformación Productiva del Ministerio de Comercio Industria y Turismo indican que entre enero y marzo de este año ingresaron al territorio nacional 6.916 personas por turismo de salud, mientras en 2014 el número se acercó a los 42.000. En el primer trimestre de 2015 las exportaciones de este sector sumaron US\$21,7 millones y el año pasado totalizaron US\$144 millones.	niveles de competencias en bilingüismo. •Evaluar y ajustar las normas de calidad y la exportación de servicios de salud. •Implementar unas estrategias de desarrollo en los centros de excelencia. •Adecuar los sistemas de información y seguimiento existentes, de manera tal que sirvan para la toma de decisiones por parte de compradores y usuarios o pacientes internacionales.
12. Cluster	El gobierno Colombiano, mediante del Departamento de Planeación Nacional (DNP), inicia en el año 2004 la construcción de la Agenda Interna para la Competitividad y Productividad, de allí surge la estrategia competitiva del sector Salud con base en Clústers Regionales, los cuales se basan en el desarrollo de posibilidades de exportación de servicios de Salud, que se encuentran actualmente fortalecidos por la alta calidad médica, la adecuada infraestructura hospitalaria, los desarrollos investigativos y el vanguardismo en el tema de trasplantes a nivel internacional. Ya que estos servicios potencializan una oportunidad de generar divisas y una alternativa de desarrollo a los sistemas de salud locales. Según la Agenda interna del sector Salud (DNP), para el año 2019, la visión es lograr altos estándares de calidad, investigación y desarrollo nacionales e internacionales que faciliten la competitividad en el sector salud a todos los niveles. (EAM, 2009)	Actualmente en el país, las iniciativas de Clústers de Salud se han dado en la ciudad de Bogotá, el departamento de Santander y en Medellín En el valle el clúster de salud lleva 3 años funcionando con 542 empresas adscritas, 30 de ellas activas en las mesas de trabajo en turismo internacional, Innovación y Negocios internacionales y con una junta directiva que las conforman las 10 empresas con las que se dio inicio a este programa. (Cámara de comercio Cali) La Asociación Nacional de Instituciones Financieras, (Anif), que en un estudio indicó que el Valle es el segundo productor nacional de farmacéuticos y medicamentos. “De esta forma, en el clúster se encuentran 6 de las 20 principales farmacéuticas del país, según sus ingresos operacionales, entre ellas la firma nacional más grande de Colombia, Tecno química de negocios.	Facilita servicios y apoyos que favorecen su competitividad al promover la innovación y el desarrollo tecnológico, así como la internacionalización de la institución Aporta visibilidad nacional e internacional actuando como herramienta de posicionamiento conjunto con otras empresas y del sector. Exige la oferta de servicios innovadores, a costos bajos y precios competitivos. Permite el desarrollo de investigaciones conjuntas.

13. Redes Integradas	RESOLUCION 1441 2016: “Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones” Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud -RIPSS. Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, e incluyen procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, y la atención oportuna, continua, integral y resolutive, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos y de información, para garantizar la gestión adecuada de la atención así como también, mejorar los resultados en salud. El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo	La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) llamó hoy a desarrollar el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Este sistema de gestión busca que los hospitales y centros de salud estén más integrados a la población, sean más eficientes e incorporen las nuevas tecnologías, basando las decisiones en la equidad y la evidencia. Las RISS basadas en la Atención Primaria de la Salud suponen un enfoque amplio, con una comunidad integrada en una red, orientada hacia la promoción de la salud. Se trata de un conjunto de organizaciones que brinda servicios de salud de manera coordinada, integral y equitativa a una población definida, dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, financieros y por el estado de salud de la población a la que sirve /www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca Digital/RIDE/VS/PSA/abece-habilitacion-redes-integrales-servicios-salud.pdf	Hacer parte de estas redes permitirá a la clínica tener población cautiva para los servicios de complejidad que la clínica presta, fortalecerse y ser líder en el área geográfica según la red o redes a la cual pertenezca.

	a la Ley Estatutaria 17. La Política de Atención Integral en Salud requiere un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopte herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas.		
14. Ayuda Internacional	POLÍTICA EXTERIOR Y COOPERACIÓN EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO El Plan Nacional de Desarrollo, cuenta con un Capítulo específico que brinda el lineamiento en cuanto a política exterior y a Cooperación Internacional. En este sentido, en el Capítulo IX, de Buen Gobierno, el Objetivo 6, habla de promover y asegurar los intereses nacionales a través de la política exterior y cooperación internacional. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: "Todos por un nuevo país" dictamina: Consolidar la oferta y la demanda de cooperación internacional en función de los objetivos de política exterior i. Afianzar las relaciones y consolidar las estrategias regionales con América Latina y el Caribe, Asia-Pacífico, Eurasia y África. ii. Posicionar a Colombia como oferente de buenas prácticas a través de la cooperación Sur-Sur.	Para Colombia, la comunidad internacional es un socio estratégico y la cooperación internacional una herramienta eficaz que continúa su consolidación como un instrumento de política exterior nacional. El gobierno colombiano pretende alcanzar la meta de 2.200 millones de dólares gestionados provenientes de la cooperación internacional. Para el Presidente Santos, "Es una meta ambiciosa, teniendo en cuenta la crisis que afecta a tantos países y que Colombia es ahora una economía emergente — un País de Renta Media Alta que, para muchos donantes, ya no califica entre sus prioridades. En la actualidad no se evidencia la disminución de la cooperación en Colombia, sino una transformación de las dinámicas. Aun cuando Colombia es un País de Renta Media Alta, y la tercera economía de la región, es el país latinoamericano que más recibe ayuda después de a Haití, único País de Renta Baja de la región. Al parecer, las particularidades de Colombia hacen que en su caso no apliquen, hasta el momento, las tendencias mundiales de la cooperación internacional. Hoy en día, el país continúa siendo prioritario para la Cooperación	La ayuda internacional es un medio real de financiamiento, la clínica debe crear mecanismos y estrategias para acceder a espacios que le permitan ser participe activo de estos beneficios a través de proyectos en rutados en los retos nacionales en materia de desigualdad, pobreza, consolidación de la paz, conservación del medio ambiente, ciencia y tecnología

	.COLOMBIA EN EL ESCENARIO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL Al ser catalogado como País de Renta Media Alta (PRMA) en 2010, Colombia adquirió un doble rol frente a la cooperación internacional, y para superar los retos que representa esa dualidad se propuso: 1. Diversificar l agenda con socios internacionales para disminuir el impacto de la disminución de los fondos financieros de la asistencia social al desarrollo y 2. Fortalecer el papel como socio estratégico en cooperación SUR-SUR en favor de países que enfrentan los mismos desafíos en américa latina y el caribe, Asia-Pacífico, Asia central y África. (Cancillería Colombia)	principalmente por razones políticas y por la situación de conflicto que enfrenta. (Procuraduría General de la nación)	
--	---	---	--

4. ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD (COLOMBIA)

4.1. DESCRIPCIÓN

Como parte de la economía, pertenece a tres sectores: primario con el uso de medicamentos naturales y de plantas medicinales extraídas directamente de la naturaleza, últimamente ha recobrado su importancia y popularidad; sector secundario en la transformación de estas plantas en las materias primas y en el sector terciario o de servicios en la industria del cuidado de la salud, a través de las empresas de servicios de salud (hospitales, clínicas, salud, laboratorios, etc.) y a través de su personal administrativo y de salud, el sector salud produce servicios para satisfacer las necesidades de prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de las personas.

El sector salud, en Colombia ha evolucionado al paso de la historia del país intentado adaptarse a los cambios del mundo y la ciencia, respondiendo responder a las necesidades de los ciudadanos. En este trasegar histórico ha pasado por varias etapas desde la formación de los primeros médicos, pasando por los hospitales de caridad y la atención privada en salud como privilegio, hasta convertir la atención en salud en un derecho fundamental de los colombianos y en una obligatoriedad para el estado.

Para el siglo XVI llegaron los primeros médicos al país, contando con José Celestino mutis en el siglo XVIII, y el Doctor José Félix Merizalde quien posteriormente daría cátedra de medicina en la recién fundada Universidad Central De Bogotá, por la escases de recursos los jóvenes médicos debían complementar sus estudios en Francia, Alemania e Inglaterra, en 1867 se creó la Universidad nacional de Colombia y en ella la facultad de medicina fortaleciendo más la formalidad de los estudios y de los títulos obtenidos, la atención era privada para quienes podía pagar los honorarios del médico o de caridad en los hospitales públicos.

Posterior a la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de la década de 1950 prevaleció el modelo Higienista, se creó en alto gobierno la dirección Nacional de Higiene, posterior ministerio de salud, y se introdujo Conceptos de Determinantes sociales en salud: Suministro de agua potable, prevención de enfermedades, calidad de la viviendas, hábitos alimentarios y condiciones ambientales, para este entonces era la época de las post guerra , Francia perdió su poderío científico y Colombia paso a la influencia de Estados Unidos en la materia, se crearon instituciones para los problemas de salud

colectivos y se construyeron hospitales públicos donde eran enviados los profesionales a realizar un trabajo social para poder recibir la licencia para el ejercicio de su profesión.

En 1950 se crea la Caja Nacional de Previsión que se encargaba de atender la salud de los empleados públicos se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (después Instituto de Seguros Sociales) que atendía a los empleados y obreros. Para 1970 y hasta 1989, se desarrolla bajo la creación del Sistema Nacional de Salud, el esquema de «subsídios a la oferta», con recursos del estado, que eran transferidos a los hospitales públicos, pero estos no eran suficientes y en 1993 con la expedición de la Ley 100, se divide la historia de la salud en Colombia en dos: Antes de la Ley 100 y la salud en Colombia posterior a esta.

4.2. ANTES DE LA LEY 100

Se prestaba la salud a través de tres sistemas: El sistema de la seguridad social compuesto por el instituto de seguridad social ISS, para empleados del sector privado, La caja de previsión nacional, CAJANAL, para el sector público las cajas de compensación familiar CCF, entidades privadas financiadas con un impuesto a la nómina encargada de atender las familias de los trabajadores del sector público y privado. La atención al sector público se prestaba en hospitales y centros públicos y el sector privado y clínicas y en seguros privados.

El sector se financiaba con el aporte del 7% del sueldo de los trabajadores en el sector privado, en el sector público el 5%, con cobertura total para el trabajador pero parcial para su familia, el sector y el estado aportaba lo restante, financiado por los impuestos que recaudaban los departamentos, el ministerio de salud, impuestos al licor, tabaco y juegos de azar.

El gobierno transfería los recursos a los sistemas seccionales de salud, que controlaban la red hospitalaria, administraba los recursos y vigilaban los indicadores de salud pública, pero con este modelo solo 1/3 de la población tenía acceso a los servicios de salud, el 18% de la población estaba afiliada al ISS, el 80% de la población no tenía ningún seguro, solo se alcanzaba a subsidiar el 50% de la población que se entendía del sector público, existían 1000 hospitales para atender la población que no tenía seguro, el gasto en salud era el 4.2 del PIB. Sin contar con el poco desarrollo tecnológico y científico del sector y el bajo reconocimiento a nivel internacional

4.3. EL PRESENTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Con el objeto de evitar el monopolio sobre el sector y permitir la competencia, La ley 100 de 1993, estableció una nueva estructura del sistema creando El Sistema General de seguridad Social en salud (SGSSS) , derivado del Art. 48 de la Constitución Nacional, que además se ocupa de regular el sistema de pensiones, de las condiciones de trabajo y dispone sobre servicios complementarios, aspectos que se deben prestar con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Esta ley estableció reglas fundamentales para regir el servicio público de salud como son la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la calidad; ha tenido reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia, control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud

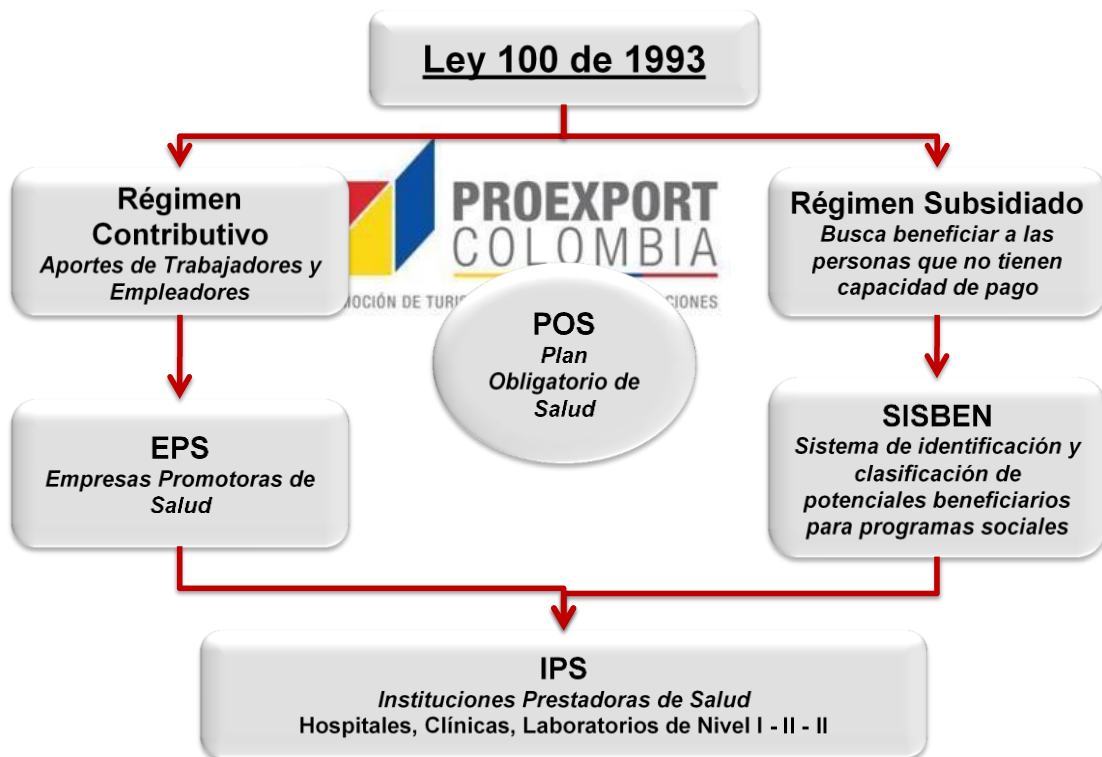
4.3.1. Estructura del Sistema

El actual Sistema nacional de salud es de manejo mixto donde interactúan instituciones del sector público y privado en la prestación de los servicios de salud. Esta compuesto por tres entes: El estado que actúa como coordinador, director y controlador con organismos como: el ministerio de salud, la CRES comisión reguladora y la superintendencia Nacional de salud; Los aseguradores: Son entidades privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias entre los usuarios , las clínicas y los hospitales y administradoras de los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada *Unidad de Pago por Capitación* -UPC-. Son las entidades promotoras de salud (EPS) y las administradoras de riesgos laborales (ARL). Los prestadores: son las instituciones prestadoras de salud (IPS), son los hospitales públicos que pasaron a convertirse en ESE empresas sociales del estado, clínicas, laboratorios, etc que prestan directamente el servicio a los usuarios venden servicios y deben ser contratadas por las EPS, también hacen parte de este grupo los profesionales independientes de salud (médicos, enfermeras/os, etc) y los transportadores especializados de pacientes (ambulancias).

Estos prestadores están categorizados según el nivel de complejidad de atención de la siguiente manera: Baja complejidad primer nivel de atención; realizan intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos. Mediana

complejidad segundo nivel de atención; Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad. Alta complejidad tercer nivel de atención; Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal, atienden lo que se considera en el POS como alto costo.

Gráfica 5. Estructura del Sistema Nacional de Salud



En efecto, hacen parte del sistema los siguientes Planes:

► **Plan Nacional de Salud Pública:** configurado por acciones gratuitas y primordialmente colectivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y en algunos casos acciones individuales de diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades de interés en salud pública provistas por la red pública de prestadores y administrado por las entidades territoriales.

► **Plan Obligatorio de Salud:** del régimen contributivo y del régimen subsidiado, compuesto principalmente por acciones individuales de prevención primaria, secundaria y terciaria. Están a cargo de las EPS.

► **Planes Adicionales de Salud:** financiados voluntariamente por los usuarios que deben complementar en el POS, Son los planes de medicina preparada, planes complementarios y pólizas de hospitalización y cirugía, provistos por empresas registradas para ese propósito.

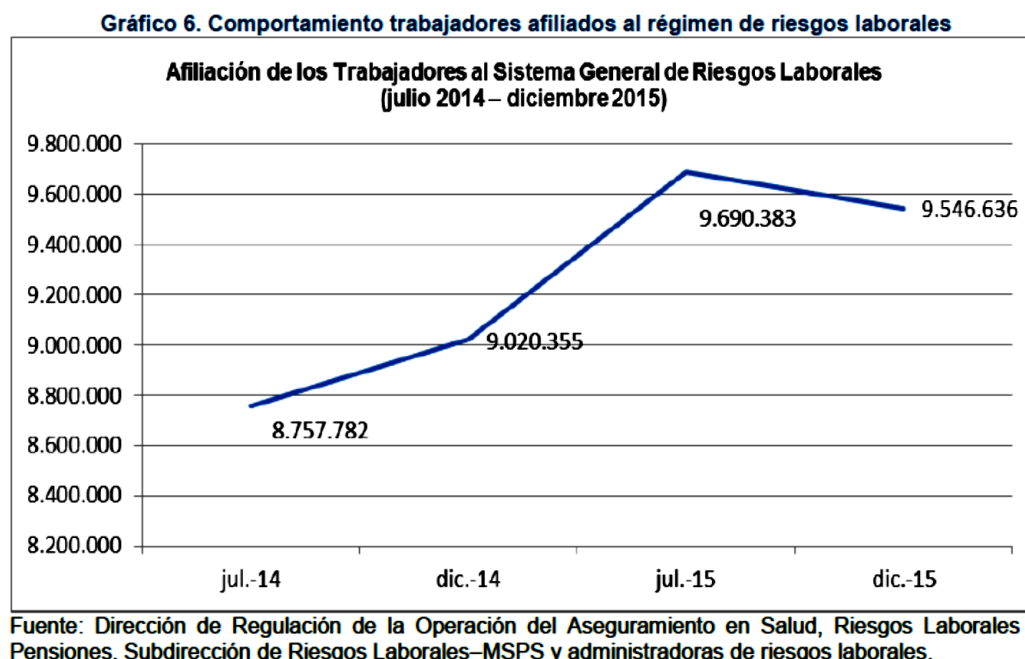
► **Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito-SOAT-:** Cubre eventos de origen en accidentes de tránsito hasta un monto determinado y en forma complementaria al POS.

► **Sistema general de pensiones:** Tiene como propósito garantizar a la población el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte. Este sistema tiene dos regímenes uno solidario de prima media con prestación definida y el otro ahorro individual con solidaridad. De acuerdo con la información de la Superintendencia Financiera de Colombia, a 2016, se cuenta con 19.6 millones de afiliados al Sistema General de Pensiones, que representa el 82% de la población económicamente activa, de los cuales 13,3 millones están afiliados en las entidades Administradoras del Régimen de Ahorro Individual con solidaridad, equivalente al 68% del total y 6,3 millones de afiliados al Régimen de Prima Media con Prestación, que representa el restante 31% de los afiliados. (MINSALUD, 2016, pág. 136)²¹.

► **Cobertura de riesgos laborales:** Tiene como propósito prevenir, proteger y atender a los trabajadores cubre todo evento o enfermedad de origen ocupacional sin los límites del POS. Son garantizados por las Administradoras de Riesgos Laborales-ARL-.

²¹ MINSALUD. (2016). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co>

Gráfica 6. Comportamiento de trabajadores afiliados al Régimen de Riesgo Laboral 2014 - 2015



Según el cuadro anterior la población afiliada al sistema general de riesgo laborales paso en del 2014 de 8.757.782 personas a 9.546.636 en el 2015. Para el cuatrienio 2014 -2018 se estableció como meta aumentar el 1.800.000 el número de afiliados al sistema general de riesgos laborales.

► **Atención de eventos catastróficos:** cubre eventos definidos como catastróficos (inundaciones, terremotos, terrorismo, etc.) con recursos específicos para tal fin y en forma complementaria al POS son financiados por el Fosyga mediante la subcuenta ECAT.

► **Otros:** planes de cobertura provistos a la población víctima de desplazamiento forzado y la población internada en establecimientos carcelarios que usualmente son suplementarios al POS.

Para atención de riesgos laborales y de eventos, accidentes o enfermedades de origen ocupacional los recursos provienen del Fondo de Riesgos Laborales, alimentado con aportes patronales según la clasificación del riesgo de cada empresa. Perteneciente al ministerio de trabajo.

4.4. EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

Es el sistema de cobertura en atención, procedimientos y medicamentos. Los afiliados que para el momento son al rededor del 97% de la población, evidenciado un ascenso mantenido en los últimos años, los usuarios están distribuidos en dos regímenes, el Contributivo para personas con capacidad de pago que aportan el 8% de su sueldo con derecho a la prestación de los servicios de salud para ellos y su familia y el Régimen Subsidiado que sería el sector público, para personas categorizadas según el SISBEN (sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales) como requirentes de subsidios para recibir el servicio de salud. Esto muestra una disminución de la población no cubierta pasando de 750 mil para el 2005 a 600 mil a mayo de 2016.

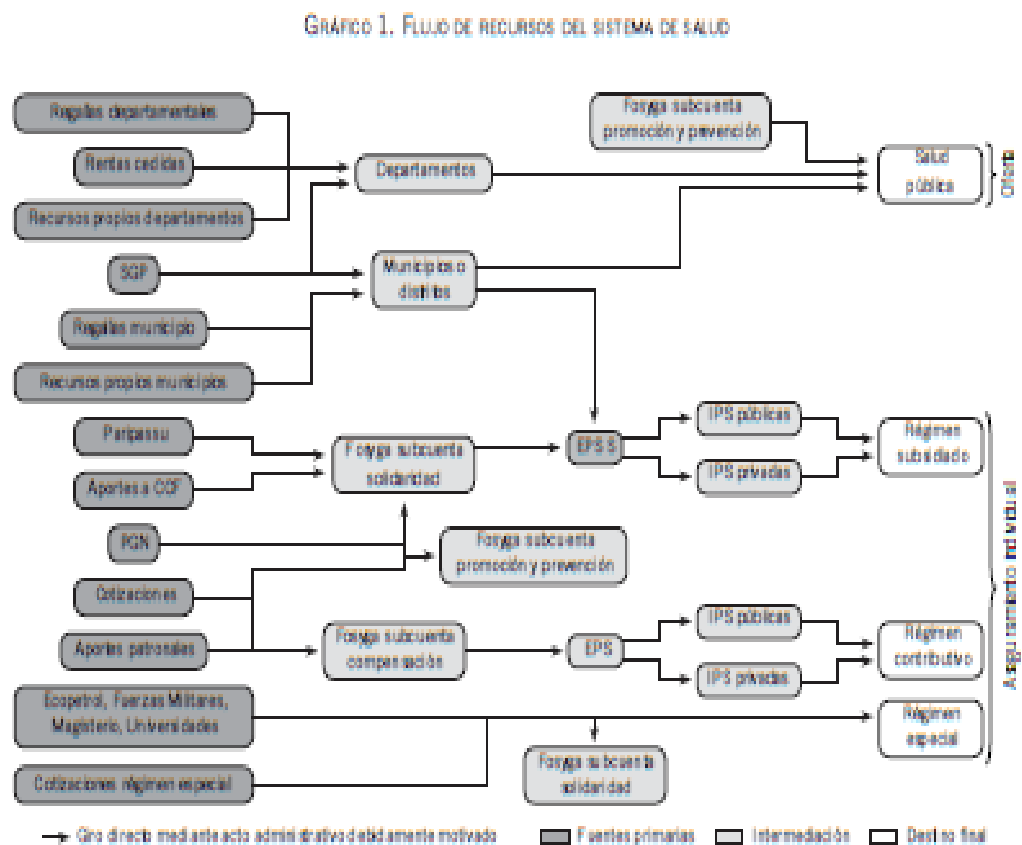
Tabla 15. Evolución de la Cobertura de afiliados a Salud (2014 - Mayo 2016)

Tabla 29. Evolución cobertura afiliados a salud (2014 - mayo de 2016)			
Descripción	2014	2015	2016
Afiliados activos R Subsidiado - BDU A	22.882.669	23.179.801	22.936.575
Afiliados activos R Contributivo - BDU A	20.760.123	21.453.376	21.324.992
Total Subsidiado + Contributivo	43.642.792	44.633.177	44.261.567
Total población Colombia - DANE	47.661.787	48.203.405	48.203.405
Cobertura Nacional (Subsidiado + Contributivo)	91,60%	92,60%	91,80%
Total excepción **	2.402.307	2.402.307	2.402.307
Total Subsidiado + Contributivo + Excepción	46.045.099	47.035.484	46.663.874
Cobertura Nacional (S + C + E)	96,60%	97,60%	97,20%

El POS tenía diferente cobertura en los dos regímenes, las cuales fueron igualadas a partir de 2012, el actual POS incluye 5874 procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios y alrededor de 730 medicamentos. Además existen regímenes especiales para los miembros de las fuerzas militares, el magisterio, Ecopetrol y el Sena.

El sistema de salud, diseño dos instrumentos para garantizar la continuidad de la prestación del servicio; uno de ellos es la Portabilidad que le garantiza a los usuarios la atención en cualquier lugar del territorio nacional, el otro es la movilidad que permite a los afiliados cambiar de régimen sin cambiar de EPS, cuando su condijó laboral lo amerite; desde la implementación de esta última medida la movilidad es mucho más frecuente del régimen contributivo al régimen subsidiado, siendo para el 2016m1,2 millones de personas y del subsidiado al contributivo alrededor de 200 mil personas, aumentado más los servicios que deben ser subsidiados. (El Tiempo)

Gráfica 7. Flujo de Recursos del Sistema de Salud



Fuente: Elaboración de los autores.

4.4.1. Financiación del Sistema

Las agencias, fondos, empresas y entidades territoriales son las encargadas de canalizar estos recursos (resaltadas en gris claro en el gráfico 1). El principal fondo que canaliza recursos es el Fosyga, el cual además de garantizar la financiación de los afiliados a las EPS del sistema contributivo, administra tres subcuentas más: la de solidaridad, la de promoción/prevención y la de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT). En orden importancia son los departamentos y los municipios los que canalizan un alto monto de recursos propios y transferidos para financiar la salud en los territorios; estos incluyen las rentas cedidas, las transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP) para la salud, las regalías directas y recursos propios de estas entidades territoriales. Las EPS y las IPS completan este amplio listado de agencias que intermedian recursos de la salud, ya que solamente tomando en cuenta a las primeras se encuentran entidades para los dos regímenes a-44 del subsidiado y del contributivo-; así mismo, todos los regímenes especiales tienen su propio modelo de asistencia para sus afiliados. Por último, se encuentran las IPS, que según el ministerio de Protección Social (MPS) cuentan con entidades registradas, en las que se incluyen desde grandes clínicas u hospitales, y consultorios de especialistas que prestan servicios en el país, hasta los laboratorios farmacéuticos y los de imágenes diagnósticas, entre otros.

Basada en una compensación que el estado debe pagar por la atención de los usuarios a las EPS quienes a su vez le pagan a las IPS, este valor es denominado UPC, unidad de pago por capitación, el dinero llega al Fosyga que centraliza los recursos y les paga a las EPS. El régimen subsidiado se beneficia con el 1.5% de la cotización del régimen contributivo y de la cotización del régimen especial y el 5% del recaudo del subsidio familiar lo no POS está financiado con el pago de las cuotas moderadoras que pagan los afiliados por usar el servicio, esto para el régimen contributivo y para el régimen Subsidiado los entes territoriales deben pagarle a las IPS.

Para la vigencia 2015, estos recursos ascendieron a \$38,6 billones, evidenciándose un crecimiento agregado de los recursos del SGSSS de 3,7% con respecto a la vigencia 2014.

A continuación se detallan las fuentes que financian el sector para las vigencias 2014 y 2015 así:

Tabla 16. Fuentes de Recursos del SGSSS, 2014 - 2015 (Millones de pesos y porcentajes)

Tabla 33. Fuentes de recursos del SGSSS, 2014 - 2015 (Millones de pesos y porcentajes)				
Fuentes	2014	2015	Part.2015 (%)	Contr. al total
Cotizaciones	14.187.089	14.870.373	38,48	1,83
Impuesto CREE	5.545.063	6.048.565	15,65	1,35
Régimen de excepción	485.296	859.296	2,23	1,01
Otros ingresos (incluye rendimientos financieros)	376.179	462.048	1,2	0,23
Cajas de Compensación Familiar (CCF)	648.080	409.359	1,06	-0,64
Sistema General de Participaciones (SGP)	6.662.220	7.021.826	18,17	0,97
Rentas cedidas	1.431.359	1.651.975	4,27	0,59
Subcuenta ECAT (SOAT)	1.086.152	1.223.006	3,16	0,37
Subcuenta de Garantías para la Salud FOSYGA	744.540	875.086	2,26	0,35
Excedentes financieros FOSYGA	2.402.469	524.414	1,36	-5,04
Regalías	116.731	106.791	0,28	-0,03
Esfuerzo propio	88.459	81.382	0,21	-0,02
Recursos de la Nación Ley 1393 de 2010	805.000	859.499	2,22	0,15
Aportes de la Nación	2.682.620	3.649.136	9,44	2,59
Total recursos según fuentes	37.261.236	38.643.359	100	3,71

Fuente: (FOSYGA, 2015)

Notas: Cifras preliminares sujetas a revisión. La contribución al total calcula la contribución de la variación porcentual por cada una de las fuentes de financiamiento.

Frente al uso de los recursos, su destinación es principalmente la financiación del régimen contributivo, con un 44,6%, seguido del régimen subsidiado, con el 39,4%. Así mismo, en menor proporción, se destinan al pago de recobros por medicamentos No POS (6,7%), la salud pública y los programas de prevención y promoción (4,3%) y, la subcuenta de garantía para la salud (2,2%), como se detalla en la siguiente tabla.

Para el año 2015, se ejecutaron \$36,88 billones de los recursos del SGSSS, lo que representó un incremento de 2,79%, con respecto a la vigencia del 2014. No obstante, en términos de crecimiento por Régimen entre el 2014 y 2015, el contributivo presentó un crecimiento de 7,84%, frente a 3,77% del Régimen Subsidiado.

Tabla 17. Usos del SGSSS, 2014 -2015 (Millones d pesos y porcentajes)

Tabla 34. Usos del SGSSS, 2014 - 2015 (Millones de pesos y porcentajes)			
Usos	2014	2015	Part.(%)
Régimen Subsidiado	14.023.192	14.543.875	39,43
Régimen contributivo	15.246.619	16.441.681	44,57
Prestación de servicios población pobre no asegurada	1.270.037	459.341	1,25
Salud pública y promoción y prevención	1.679.501	1.596.051	4,33
Recobros por medicamentos no POS y fallos de tutela	2.347.520	2.458.669	6,67
Reconocimientos prestaciones de servicios no contenidos en el plan de beneficios - Art 111 y 122 del Decreto - Ley 19 de 2012	107.488	106.574	0,29
Cobertura ECAT	208.776	156128	0,42
Otros usos en salud	43.556	47.825	0,13
Subcuenta de Garantía para la salud	744.540	827.988	2,24
Gastos de funcionamiento (rentas cedidas)	215.320	248.507	0,67
Total recursos según usos	35.886.547	36.886.640	100

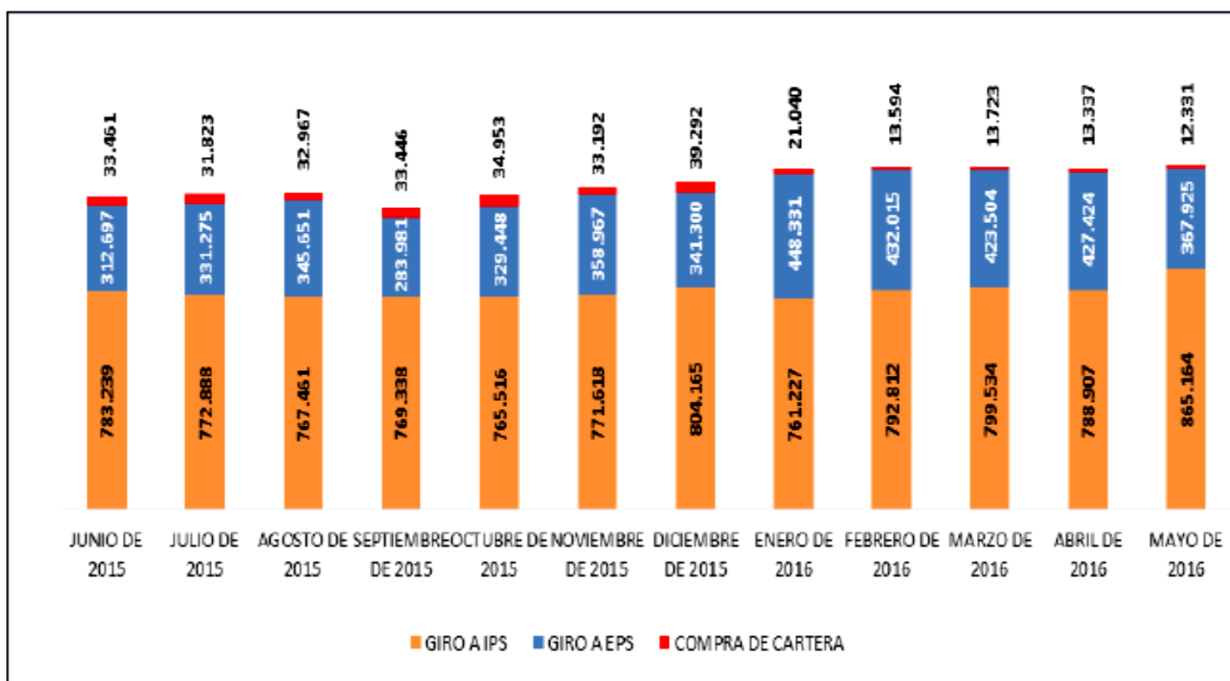
Fuente:

(FOSYGA, 2015)

Notas: Cifras preliminares sujetas a revisión.

Como medida para estabilización financiera del sistema se tomaron medidas de liquidez, saneamiento de los pasivos y fuentes de financiación; como medidas de liquidez se estableció el giro directo desde la nación, este se realiza los 5 primeros días del mes. Mediante dicha medida, entre junio de 2015 y mayo de 2016 se han girado \$13,8 billones, de los cuales el 67% se ha girado a las IPS. En total, desde la aplicación de la medida en abril de 2011, se han girado \$53,4 billones, de los cuales 65% han ido para la red prestadora.

Gráfica 8. Beneficiarios de IPS y EPS



Fuente: MSPS, corte a mayo de 2016. Cifras en millones de pesos

Como se puede observar en la gráfica los beneficiados del giro directo fueron tanto IPS como las EPS, también las IPS se han beneficiado con la compra de cartera de las EPS, que corresponde al 2,2% de los recursos girados directamente a las IPS.

<i>Giro directo IPS (Cifra en millones)</i>		
Mixta	\$4.802.904	1,58%
Privada	\$149.064	50,87%
Pública	\$4.489.901	47,55%

También observamos que las IPS privadas se beneficiaron en el 50% de los recursos girados.

Se estableció también el giro directo del régimen contributivo en el caso de las EPS que se encuentren en vigilancia especial, control, liquidación y posteriormente se definieron términos y condiciones para las IPS beneficiarias de esta medida.

El artículo 259 de la ley del Plan de Desarrollo amplió la medida de giro directo en el régimen contributivo para aquellas EPS que no cumplan las metas del régimen de solvencia, conforme a la evaluación que para el efecto publique la Superintendencia Nacional de Salud (MSPS, Giro directo IPS, 2015).

Giros vigencia 2015 (Cifras en millones de pesos)	
CAFESALUD	\$398.107
CRUZ BLANCA	\$164.046
SALUDCOOP	\$1.046.717

En el 2015 el grupo Saludcoop se giró \$1608870. Como medida de estabilización del sistema se toman medidas como el cierre de EPS (Saludcopp y Caprecom) y se expiden bono convertible en acciones para aliviar económicamente a CAFESALUD, quien asume los afiliados de Saludcoop.

En congruencia con el PND 2014-2018, se destaca el secreto 1681, se establecen condiciones y operaciones de la subcuenta del FOSYGA, con el objeto de dar liquidez, saldar pasivos y aliviar la situación financiera de las IPS. Se autoriza la creación de créditos blandos con tasas compensadas, con recursos gestionados a través de FINDETER, Financiera de Desarrollo Territorial S.A. (MSPS, Credito a EPS, 2016)

(Cifras en millones de pesos)	
COOSALUD EPS-S	\$60.000
SAVIA SALUD EPS	\$71.472
FAMISANAR	\$44.999
NUEVA EPS	\$100.000
COOMEVA EPS	\$85.000
TOTAL FINDETER EPS	\$361.471
LINEA 1 IPS	\$134.920
LINEA 2 IPS	\$322.415
TOTAL FINDETER IPS	\$457.335

De la anterior gráfica se evidencian los créditos aprobados a las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, por valor de \$361.471, los cuales beneficiaron a 1.654 entidades entre prestadores y proveedores.

En el 2015 se, se establece conexión directa del FOSYGA con el prestador para el pago de lo NO POS, a través de los entes territoriales quitando como intermediario las EPS, con lo que se pretendía aumentar la liquidez de las IPS.

4.4.2. Competitividad.

A pesar de los relativos avances que el país ha tenido en materia de salud, como el aumento de la cobertura, que al momento es superior al 96 por ciento; la mayor esperanza de vida, que se ubica en 76 años; y la reducción en la mortalidad infantil, aún no se destaca en los indicadores mundiales de competitividad. Si hablamos de competitividad en el país debemos remitirnos a la política nacional de competitividad y productividad, a los lineamientos para el fomento a la competitividad e innovación tecnológica y por supuesto a los indicadores.

En el CONPES de 3527 de 2008 revisado posteriormente por el 3668, la dirección de la productividad y la competitividad, estableció 15 planes de acción en diferentes temas como: atracción de la inversión con contratos de estabilidad jurídica y Zonas francas, Creación de la Comisión Nacional de la Competitividad con el fin de mejorar la competitividad de las empresas y los sectores, transformación productiva sectorial de comercio, la industria y turismo, uso de las TICs en la MYPIMES, coordinación del programa de Asociatividad empresarial y Clusters, promoción de eventos como Encuentro Nacional De Competitividad Colombia Compite Y Colombia Crece, Coordinación del Portal e-regulation, para brindar información acerca de trámites para invertir en Colombia.

Esto ha dado como resultado Zonas francas y Clústeres de salud en el país para fortalecer y consolidar el sector apostándole de esta manera a exportación de servicios de salud de alta complejidad en mayor número y llegar a más países, después de muchos años de la aparición de este modelo en el país solo hasta el 2011 se creó la primera zona franca en salud: La fundación Hospital San Vicente de Paul, desde ese momento se crearon siete más y hay tres en construcción. El modelo permite tener beneficios tributarios en la compra de materiales de construcción, importación de equipos biomédicos; sobre el impuesto a la renta paga el 50% de lo que tributan el resto de la empresas, esto permite actualización del sector mayores opciones para la población y poner a Colombia en un lugar competitivo en el mercado internacional como exportador de servicios de salud, de alta complejidad. Estas empresas son fuente de desarrollo y empleo en la actualidad aportan más de 8.000 empleos directos e indirectos.

Los Clúster por su lado, implementado por la Cámara de Comercio para que las empresas desarrollen sus productos y servicios ha facilitado la creación de 4 de

estos en Colombia, permitiendo identificar oportunidades en los mercados internacionales y responder a ellas.

En relación a la transformación productiva del sector, pretende impulsar el turismo medico ya que los profesionales y las instituciones del país han ganado protagonismo internacional en la actualidad por los altos estándares de calidad, se originaron tres categorías de turismo en salud: curativo, estético y preventivo, Este programa pretende articular planes que beneficie toda la cadena de producción , integrando transporte terrestre aerolíneas hoteles, generando desarrollo, infraestructura y empleo.

Esto además ha generado acciones que pretenden catapultar la competitividad de sector como: la creación de las zonas francas, ya descrito, la capacitación de personas en inglés para facilitar la atención en las IPS, promoción a nivel internacional del turismo medico en el país, la apertura a entidades acreditadoras además de ICONTEC, la creación de una guía para la autoevaluación del sector hotelero para la atención del turista de salud; el desarrollo tecnológico: gracias al nutrido equipo médico y científico con los que cuenta el país, se han realizado grandes avances como el marcapasos la válvula de Hakim, la vacuna contra la malaria. El país también ha sido pionero en cirugías refractivas y trasplantes.

4.4.3. Salud Pública

Le corresponde al ministerio de la protección social desarrollar acciones de orientación y conducción en salud pública, De acuerdo con la Ley 1122 de 2007 la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo.

Con el objeto de garantizar la equidad en salud se define el PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021, el cual define las siguientes dimensiones:

- ▶ Salud ambiental
- ▶ Vida Saludable y condiciones no transmisibles
- ▶ Convivencia social y salud mental
- ▶ Seguridad alimentaria y Nutricional
- ▶ Derechos y Sexualidad
- ▶ Vida saludable libre de enfermedades y transmisibles
- ▶ Salud publica en emergencias y desastres

Estas dimensiones a su vez despliegan políticas públicas para el cumplimiento de los objetivos de la salud pública como:

- Programa ampliado de inmunizaciones PAI que tiene como fin reducir la mortalidad infantil; a continuación se muestra la cobertura a nivel nacional en el 2015 con corte a mayo de 2016 (MSPS-PAI)

Tabla 18. Indicadores Programa Ampliado de Inmunización registrados en SINERGIA

INDICADOR	Resultados 2015	Resultados 2016(mayo)
Biológicos incorporados en el Esquema Nacional de Vacunación.	21	21
Cobertura de vacunación en menores de un año con terceras dosis de pentavalente.	91,40%	38,30%
Cobertura de vacunación en niños de una año de edad con triple viral.	94%	38,10%
Cobertura de vacunación con tercera dosis de DPT en niños menores de un año - Pacífico.	94%	38,10%
Departamentos que implementan el nuevo sistema de información nominal del PAI	Cauca = 88,2	Cauca = 38,4%
	Choco = 82,4	Choco = 32,7%
	Nariño = 73%	Nariño = 31%
Cobertura de vacunación con tercera dosis de DPT en niños menores de un año - Llanos	Arauca = 93,2%	Arauca = 43,3%
	Casanare = 92%	Casanare = 38,5%
	Meta = 87,7%	Meta = 37,8%
	Vichada = 70,1%	Vichada = 25,5%

Según el informe al congreso se considera cobertura útil mayor o igual al 95% y se identifica que no se han cumplidos los objetivos por factores como, la presencia de mayor número de población residente en la zona rural dispersa, altos costos logísticos y operativos para el desplazamiento a zonas de difícil acceso, problemas de orden público, aspectos culturales entre otros.

► **Enfermedades transmisibles:** En este aspecto entes de control como el INS, Instituto nacional de salud adelanta acciones de investigación y gestión del conocimiento en enfermedades trasmisibles como tuberculosis, diarrea, infección respiratoria y ZIKA y CHiKunguya, por otro lado el grupo de enfermedades infecciosas, emergentes y reemergentes y desatendidas adelanta acciones de promoción, prevención, vigilancia y control para enfermedades como TUBERCULOSIS, LEPRO, infecciones asociadas a la tensión en salud IAAS y resistencia bacteriana RAM.

4.4.4. Prestación del Servicio.

► **Infraestructura hospitalaria y dotación:** En el plan nacional de desarrollo de 2014-2018, se contempla la inversión y se asignaron recurso para la red pública hospitalaria, para infraestructura y dotación, y se pretende cubrir las áreas geográficas dispersas con telemedicina; con el objetivo de fortalecer y aumentar la capacidad instalada para cubrir las necesidades de salud de todo el territorio nacional. Esta infraestructura esta delineada por normas como la Resolución 4445 de 2996, la cual está en revisión y actualización.

► **Atención a la población:** El sistema de salud de Colombia propuso la creación de redes de atención como para establecer la funcionalidad de este, conformados por prestadores primarios encargados del fomento de salud, al autocuidado la detención temprana tratamiento y rehabilitación básica y prestadores complementarios que son los encargados de la atención de mayor complejidad que demandan de tecnología y personal especializado, también unidades de referencia para la atención del cáncer y las enfermedades huérfanas, estas redes están direccionadas bajo la resolución 1441 de 2016.

Para garantizar esta atención bajo atributos de integralidad, continuidad, calidad y resolutiveidad, se actualiza el sistema de habilitación de IPS, bajo la resolución 2003 de 2014 que define los criterios mínimos de funcionamiento de los prestadores. Y para reglamentar la atención de los pacientes con enfermedades degenerativas, terminales, crónicas de alto impacto en la calidad de vida expide la resolución 1416 de 2016, así como la circular 36 de 2015 para el servicio público de Bienestar familiar.

También se desarrolla el sistema único de acreditación el cual es respaldado y aprobado por el Comité de acreditación de la sociedad internacional para la calidad de atención en salud, por 4 años a partir de octubre de 2015, en la actualidad se encuentran 35 instituciones prestadoras de servicios de salud, acreditadas 8 de ellas públicas y 27 privadas. (informe del mes al Congreso, 2016).

Como estrategia de mejoramiento continuo de la calidad se elaboró un plan para el SGSSC el cual esta direccionado por los lineamientos de la OMS, basados en tres

premisas: “las personas como centro y finalidad del sistema, la calidad con enfoque sistémico, y la transformación del sistema con capacidad de ajuste, mejora continua e innovación” in. La información para la calidad está reglamentada por la resolución 256 de 2016 y tienen como finalidad fomentar el uso y aprovechamiento de la información para mejorar la salud, mejorar el conocimiento y asegurar intervenciones y estrategias, contribuir con la medición del desempeño y resultados de los actores del sistema; así mismo se han dispuesto canales digitales y electrónicos para facilitar el acceso y la difusión de la información como sitios web, cubos en línea y Repositorio Institucional digital.

La calidad de las EPS se evalúa a través de una encuesta aplicada a sus usuarios para el 2015 en el régimen subsidiado las EPS COMFAMILIAR CARTEGENA, COMFAGUAJIRA, CCF DE NARIÑO. AMBUQ EPS Y MUTUAL SER, obtuvieron un puntaje final Alto, las EPS indígenas, DUSAKAWI EPSI y ANAS WAYUU EPSI, obtuvieron un puntaje final muy alto así como EPS SANITAS Y SURA del régimen contributivo

4.5. EL DIAMANTE DE PORTER

La aplicación de la Herramienta Diamante de Porter se plantea con el fin entender la posición competitiva del Sector Salud en el ámbito local esto permitirá de igual forma, establecer la capacidad de la organización de mantener ventajas que le permitan alcanzar, sostener y mejorar una determinada posición en el entorno socio-económico. Siguiendo el diamante de Porter para describir la competitividad de sector salud en el país, encontramos lo siguiente:

4.5.1. Condición de los Factores.

Para cumplir con aspectos como Emprendimiento, infraestructura de calidad, la productividad y el crecimiento; se ha tomado medidas que permitan a las empresas de salud puedan acceder a recursos para mejorar su desempeño y productividad en las diferentes líneas de Bancoldex que ha establecido el Gobierno. De igual forma, pueden acceder a planes de capacitación y acompañamiento para mejorar la gestión; así mismo los profesionales de la salud pueden también recurrir a las líneas de crédito para emprendedores, que permiten fortalecerse para ofertar sus servicios al mercado y respetar unos estándares de calidad y competitividad.

También el área tributaria se ha realizado disminuciones, además eliminó el sistema de ajustes por inflación y le ha dado mayor celeridad a la implementación del Muisca14, que además de agilizar los trámites fiscales favorece el control a la

evasión y reduce significativamente los tiempos en un 41% para el cumplimiento empresarial en estos trámites. Así mismo, se agilizaron los procedimientos para los trámites y apertura de una empresa; como también pasó de 24 a 14 días en los procesos de exportación e importación.

En cuanto a la formalización empresarial (Conpes 3527, 2008: 33-34), se enfoca a erradicar la informalidad mediante campañas educativas, simplificación de trámites legales, apoyo y acompañamiento en los procesos de formalización que redundan en que haya más empresas que vinculan a sus empleados a los servicios de salud y por ende habrá más personas que demandan estos servicios .

Con respecto a la formalización laboral (Conpes 3527, 2008: 35-40) pretende generar condiciones de trabajo dignas para la gente en cuanto el Ministerio de la Protección Social ha definido como trabajo decente. Esto es, se tenga una remuneración acorde con las normas legales, inclusión de los trabajadores en el sistema de protección social, que incluya lógicamente la salud y disminuya la evasión y elusión en el pago de los aportes a la seguridad social y aportes

En cuanto a ciencia, tecnología e innovación (Conpes 3527, 2008: 41-45), este plan tiene como propósito crear las condiciones para que el conocimiento sea un instrumento del desarrollo mediante la creación de la política nacional de fomento a la investigación y la innovación, a desarrollarse en seis frentes o ejes así: 1. Apoyo a la formación para la Ciencia, la Tecnología y la Innovación. 2. Consolidación de capacidades para CTI. 3. Transformación productiva mediante el fomento de la innovación y el desarrollo tecnológico del sector productivo. 4. Consolidación de la institucionalidad del SNCTI. 5. Fomento a la apropiación social de la CTI en la sociedad colombiana.

Las carencias en capital humano capacitado, sistemas educativos de calidad con amplia cobertura y la inadecuada educación científica para el desarrollo no permiten actualmente asumir los retos organizativos y culturales del presente y del futuro en Colombia.

Por otro lado, con la educación y las competencias laborales (Conpes 3527, 2008: 46-56) pretende lograr que la educación en Colombia responda a las necesidades laborales del país, encaminadas a mejorar la productividad y competitividad. El plan establece ocho estrategias que tienen estrecha relación con el sector salud y se esbozan a continuación: 1. Competencias laborales. 2. Articulación del sistema educativo y formación a lo largo de la vida. 3. Fortalecimiento de la educación técnica y tecnológica. 4. Educación, aprendizaje y mercado laboral. 5. Promoción

de la cultura de la responsabilidad social universitaria. 6. Internacionalización de la educación superior. 7. Bilingüismo. 8. Uso y apropiación de medios y nuevas tecnologías. De manera concreta estas estrategias llevarán al fortalecimiento de la fuerza laboral en el sector en la medida en que se formarán profesionales y técnicos que responderán a los requerimientos del mercado laboral globalizado, agentes generadores de cambio que ayudan a mejorar la productividad y competitividad del sector, hecho que se traducirá en ingresos para las instituciones prestadoras de servicios de salud, además de ayudar al mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos mediante su participación en planes y programas destinados a brindar cobertura a la población humilde y vulnerable del país.

La infraestructura como factor determinan del sector del sector salud, juega un papel importante tanto en el mercado interno como externo ya que para que las instituciones prestadoras de servicios de salud puedan funcionar deben cumplir con requisitos mínimos de habilitación en cuanto a infraestructura hospitalaria, siendo este un mecanismo que garantice la calidad y seguridad de la atención, con respecto al ámbito externo se ha fortalecido la infraestructura turística con impacto en salud mediante una oferta adecuada de servicios, ocasiona usuarios extranjeros con el propósito de realizarse procedimientos médico quirúrgicos, eligiendo a su vez un sitio turístico para realizar su recuperación a cambio de una cama de hospital; por otro lado, no debe olvidarse del acompañante regular de estos usuarios, lo cual aumenta los ingresos en el sector turístico.

Por lo anterior consideramos como indicador de competitividad en la Clínica UCI del Rio el criterio de capacidad con los subcriterios de infraestructura, número y ocupación de camas, especialistas -diversidad médica, y Tecnología- servicios de apoyo médico.

4.5.2. Condiciones de la Demanda.

Con el plan de desarrollo 2014-2018 y la ley estatutaria aumento la cobertura de salud colombianos al 97% de la población, aumentaron la población a atender pero sin aumentar la infraestructura hospitalaria, se identifica un déficit de camas y las IPS están concentradas en el área urbana.

Se observa que hay un desequilibrio entre oferta y demanda pues las regiones donde más demanda se presenta son las que menos instituciones de salud tienen, también existe una inequitativa distribución de la oferta de prestadores de servicios de salud en Colombia que impide un acceso equitativo a la atención médica. También hay una persistencia de las barreras de oferta, como la existencia de muchos trámites para una cita, el mal servicio percibido y la distancia hasta el centro

de atención, y barreras de demanda como la gravedad percibida de la enfermedad, la falta de dinero y la desconfianza hacia los médicos.

Pero para poder implementar políticas que permitan resolver estas desigualdades y aumentar el acceso en todo el territorio nacional es necesario evaluar cuáles son sus determinantes y, en particular, en qué medida lo afectan las características socioeconómicas y aquellas relacionadas con el SGSSS. Se observó que quienes consultan por prevención al médico o al odontólogo tienen mayor probabilidad de acceder a los servicios médicos. Esto refleja que los que tienen un mayor conocimiento del funcionamiento del SGSSS colombiano, en cuanto a los trámites, servicios, horarios, así como quienes se preocupan más por su estado de salud en general tienen mayor acceso a los servicios médicos.

Por otro lado, las personas que viven en zona rural tienen menor probabilidad de acceder a la atención médica que quienes habitan en zonas urbanas o en inspecciones de policía.

Por último, se tiene que existen altas desigualdades regionales. A excepción del Valle del Cauca, todas las regiones presentaron un menor acceso que la región de Antioquia. La diferencia marginal en el acceso realizado en las regiones oscila entre 2,2 pp y 16,1 pp. Con estos resultados se evidencian dos opciones de política que podrían reducir las brechas en la disponibilidad de prestadores por un lado y aumentar el acceso por el otro. Se trata una mayor inversión en el sector focalizada en aumentar el número de prestadores de servicios médicos en las zonas donde hay más necesidades de atención, al tiempo que se promuevan campañas de prevención de salud y de información útil, que acerquen a las personas al sistema y les permitan estar mejor informados sobre su funcionamiento, los requisitos y pasos para acceder a los servicios, así como aumentar la confianza en el personal médico y pasar de una cultura de demanda por servicios curativos a una de servicios preventivos, que a largo plazo también reduciría los costos agregados del sistema.

4.5.3. Estrategia Estructura y Rivalidad de las Empresas.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud ha logrado avances en lo relacionado con cobertura, acceso y equidad; en paralelo se ha evidenciado una expansión en la oferta nacional de los servicios de salud con crecimiento predominante en el sector privado y en el segmento de mayor complejidad tecnológica. El crecimiento en la oferta privada se ha concentrado en los profesionales independientes, los cuales durante el periodo 2013 – 2016, a partir de la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, pasan de 35.107 a 35.396 (incremento del 0.823%); pese a este crecimiento, la oferta de servicios durante este periodo ha disminuido en un 0.998%. 14 Respecto a la

capacidad instalada, para el mismo periodo se ha observado un incremento general del 6.6%; sin embargo, este comportamiento no es sostenido; en el caso de las camas se incrementa en un 6.5%, con una disminución en los prestadores públicos de 1.6%, e incremento en los prestadores privados del 12.5%. En el caso de las ambulancias el incremento global del 19.8% se encuentra ligado a los prestadores públicos (26.0% en los públicos y 14.7% en los privados). Lo más representativo en términos de capacidad instalada es la reducción entre los prestadores de su capacidad instalada en salas de parto y quirófanos; para el caso de los partos se presenta una disminución del 8.7%, siendo más representativa en los prestadores privados 20.1% y en caso de los quirófanos en términos de cantidad, disminuye en 2.3%, con un efecto dado por la disminución en los prestadores públicos en un 5.7%, en los prestadores privados disminuye en 1.3% y en los de naturaleza mixta se presenta el mismo fenómeno con una disminución del 9.5%.

Por su parte las competencias y perfiles de los recursos humanos formados para garantizar el servicio primario en salud son insuficientes para potenciar mayor capacidad resolutive, profundizando la baja respuesta institucional y generando represamiento de demandas en salud. En la mediana y alta complejidad hay utilización inadecuada de los recursos especializados, ocasionada tanto por los incentivos hacia la inducción de demanda desde la oferta, así como por debilidad para llevar a cabo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Con respecto a los prestadores públicos, se observa una disminución en la oferta de servicios de los primeros niveles de atención, a partir de la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, la cual ha disminuido entre 2013 y 2016 en un 2.8%; en el segundo nivel se presenta el mismo comportamiento con una disminución del 1.5%; llama la atención el crecimiento significativo de las IPS públicas de tercer nivel de atención las cuales crecen durante el mismo periodo en 9.8%.

Adicionalmente, los niveles de atención básicos presentan alta obsolescencia tecnológica, deficiencia en cantidad, pertinencia y calidad del personal de salud y de infraestructura, efectos que pueden ser evidenciados en la oferta pública, donde la inversión en reposición ha sido escasa. En síntesis, se evidencia obsolescencia tecnológica en el primer nivel, reducción de la capacidad instalada en el segundo nivel y crecimiento en la capacidad instalada de alta complejidad con ampliación de la participación de la oferta privada sobre la oferta pública. Los niveles de ocupación en los prestadores públicos permiten evidenciar la tendencia de la atención en los niveles de atención superiores; mientras que los niveles de ocupación en el primer nivel de atención no alcanzan el 40%, los demás niveles superan el 78% en el periodo 2007 – 2012, con tasa de ocupación por encima de 97% en el segundo nivel y de 91% en el tercer nivel.

La limitación en la respuesta ha sido creciente en los últimos años. En 2007, el 48% de los partos eran remitidos a los centros de mayor complejidad desde los hospitales públicos de primer nivel, para 2012 el 88% generaban esta misma situación, lo cual permite inferir el incentivo al crecimiento de la cesárea en el país, que pasó del 25% en 1998 a 46% en 2013.¹⁵ Esta situación puede estar evidenciada principalmente por los débiles procesos de referencia y contra referencia, el casi inexistente intercambio de la información de registros clínicos entre prestadores y aseguradores y los deficientes procesos de articulación de los prestadores en las redes para posibilitar estos propósitos y garantizar procesos de atención en salud en condiciones de calidad.

La respuesta de la oferta es fraccionada, lo cual genera menos capacidad de resolución también en la alta complejidad. En el caso del cáncer de mama, por ejemplo, el promedio de días transcurridos entre la primera consulta y el tratamiento es de 137 días de los cuales se pierden 90 entre el diagnóstico inicial y la confirmación del diagnóstico en el centro especializado. Como resultado, en Bogotá se diagnostica el 29,1% de los casos de cáncer de mama en estadio localizado, contra 64% en USA y el 57.2% en estadio de invasión regional contra 27% en USA (Nyman, 2003)²². Esto revela limitaciones severas en el funcionamiento en red de las instituciones ambulatorias y hospitalarias que intervienen en la resolución del cáncer de mama. Esta situación se da con la respuesta general del sistema con efectos deletéreos sobre la salud de los pacientes. Se evidencia una concentración de las atenciones de carácter nacional; a partir del análisis de la economía geográfica en la prestación de servicios de salud se observan cerca de 20 nodos que centralizan el flujo de procedimientos médicos para pacientes provenientes de los 1,101 municipios del país. Cuando se analiza el flujo de consulta especializada se observa que este flujo se concentra aún más en diez nodos; seis nodos, por su parte, concentran el flujo de procedimientos hospitalarios (Bogotá, 16 Medellín, Bucaramanga, Pasto, Cali y Barranquilla), con dominancia marcada de Bogotá y Medellín como agrupadores finales de referencia. (Paez, 2012)²³

Por último, bajo el esquema del SGSSS y con base en los actores que intervienen aún se visibiliza la existencia de “disconformidad y contradicción entre aseguradores y prestadores, por la forma en que los aseguradores definen precios y contratan a los prestadores de servicios”⁵; de manera adicional los contratos entre aseguradores y prestadores tienden a ser incompletos e inestables. Es también evidente que existen diferencias de precios entre los mercados de prestación que

²² NYMAN, J. 2003. The theory of demand for health insurance. Stanford University Press. Stanford.

²³ PAEZ, I. 2012. Competencias para el liderazgo gerencial, Journal Sotavento de la facultad de Administración de Empresas, Universidad Externado de Colombia, Vol. 1, pp. 78 - 97.

indican diferencias en la concentración y poder de negociación entre aseguradores y prestadores (Ruiz, *et al*, 2012)²⁴.

En el primer nivel de atención la contratación suele corresponder a la capitación sin umbrales y límites definidos y tanto aseguradores como prestadores tienden a generar rentas sobre las asimetrías en los contratos; los primeros, mediante el uso de la autorización como mecanismo para modular la oferta; y los prestadores de primer nivel en la derivación de pacientes y mantenimiento de una estructura no resolutive pero menos costosa para la prestación de servicios. Ante la carencia de una adecuada gestión del riesgo y de la enfermedad, el paciente queda a merced de su propia capacidad de gestión frente al asegurador para obtener los servicios que requiere. Se puede concluir que el supuesto inicial de mercados de servicios modulados por el mercado no ha posibilitado una regulación extensiva de acuerdo con el interés del usuario y la consolidación del derecho a la salud de toda la población, relacionada con ciudadanos, sujetos de derechos, y operada a través de acuerdos institucionales y un contrato social aceptado por todos los agentes

Este tipo de estrategias optimizadoras basadas en la competencia no regulada entre los agentes ha derivado en diferentes fallas:

- ▶ Descreme de mercado, contratación selectiva y racionamiento desde el asegurador.
- ▶ Inducción de demanda, barreras de entrada y captura del regulador desde los prestadores de servicios de salud, IPS.
- ▶ Concentración de oferta y control de la formación desde los grupos médicos
- ▶ Riesgo moral y selección adversa desde los usuarios
- ▶ Aumento de la utilización y pago de servicios de alta tecnología (inducción de demanda de alta tecnología) y baja capacidad resolutive en el nivel primario que está en contacto directo con la población. Lo que ha llamado la atención es la persistencia de las problemáticas de la oferta a través de los años, máxime cuando el Documento Conpes 3402 de 2002 presentaba como una de las estrategias de la Política de Prestación de Servicios de Salud, el mejoramiento de la eficiencia de la oferta de servicios de salud, a través de la promoción de un modelo de atención donde hubiese una confluencia de “aseguradores y prestadores bajo el objetivo común de mejorar el acceso, reducir costos, incrementar el nivel de satisfacción de los usuarios y obtener logros en salud pública. Se implementarán mecanismos que

²⁴ RUIZ, F. & UPRIMNY, M. (2012). Sistema de Salud y Aseguramiento Social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. ECOE Editores. Bogotá

privilegien e integren la atención primaria, la ambulatoria y la entrega de los servicios de salud pública, teniendo en cuenta las necesidades de las diferentes regiones del país y las condiciones de salud de la población”

Si bien es cierto que se observa de manera global un comportamiento creciente de la oferta de servicios, este fenómeno como tal no garantiza que se cuente con las condiciones adecuadas para el sector salud, ya que los incrementos o decrecimientos no ha estado ligado a análisis de las necesidades y las condiciones propias de la demanda, y han respondido más a incentivos hacia una mayor producción de servicios de salud en términos del número de actividades realizadas, más no en la búsqueda de los resultados en salud o de una prestación de servicios de salud en condiciones de accesibilidad, , aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución; esto conduce al desajuste entre los requerimientos de la demanda y la capacidad resolutoria, con atributos de calidad, integralidad y continuidad, de los servicios de baja complejidad, con limitada eficacia en las acciones individuales y colectivas cuyo objetivo sea la promoción de la salud y la gestión del riesgo⁹ . Estas limitaciones han sido determinadas por el enfoque hospitalario de servicios orientados hacia la enfermedad y su resolución en las instituciones hospitalarias de mayor complejidad.

En efecto, es notorio el crecimiento en la demanda de profesionales especializados. Las urgencias de las IPS de mediana y alta complejidad se han consolidado como la puerta de entrada al sistema, con severa subutilización de los servicios básicos. Este efecto es consecuencia del propio diseño de un modelo de seguridad social, donde se impulsa un enfoque de prestación orientado hacia la cobertura de las contingencias financieras para las familias derivadas del costo de la enfermedad. Este objetivo posicionó la enfermedad como objetivo del sistema por encima de las ganancias en salud y la integralidad en la atención. Todos estos resultados muestran una tendencia sostenida a la resolución hospitalaria de la enfermedad, incremento del riesgo en salud y mayor gasto médico, lo cual genera como resultado la fragmentación de la atención médica, con los consecuentes efectos deletéreos sobre la salud y calidad de vida de personas, familias y comunidades, así como los sobre costos generados por la estructura de costos, mucho más onerosa, de los escenarios de atención en urgencias de alta complejidad. Es también evidente que la prestación del servicio no está centrada en el paciente y cada prestador actúa de manera aislada con muchas limitaciones para el funcionamiento en red, lo cual deriva en mayor fraccionamiento y mayores costos en la atención.

Todo lo anterior puede resumirse así:

► Plataforma de prestación de servicios estructurada a partir de la disponibilidad de tecnología -y de sus diferenciales de precio- y no de los

requerimientos de la demanda y el ciclo de servicio

- ▶ Incremento en los gastos en producción de servicios en los hospitales de alta complejidad derivado de problemas en el flujo de recursos y deficiencias en la 9Los análisis del Ministerio indican una baja tasa de utilización del nivel básico (60%) con alta tasa de uso de la alta complejidad, por encima del 90%. 19 gestión de las instituciones, lo cual puede conllevar a condiciones de insostenibilidad financiera
- ▶ Excesos de demanda hacia los hospitales de alta complejidad, con concentración del uso en casos que no requieren de alta tecnología
- ▶ Congestión en la puerta de entrada de urgencias con prolongados tiempos de espera en el proceso de asignación de camas hospitalarias¹⁰
- ▶ Baja capacidad resolutive de los servicios básicos que los ha transformado en “centros de remisión” a los hospitales de mayor complejidad
- ▶ Limitaciones en la disponibilidad de recursos humanos, en particular en las especialidades médicas y el personal de enfermería, con concentración de recursos humanos en las grandes ciudades
- ▶ Limitaciones en la disponibilidad de información para la planificación de la oferta de servicios de salud tanto pública como privada, y no posibilidad de garantizar el seguimiento a las condiciones actuales de la prestación de los servicios de salud.

4.5.4. Responsabilidad Social Empresarial.

Se identifica la RSE como un grupo de herramientas que emplean las organizaciones para buscar un equilibrio entre su actividad comercial y su relación con el entorno mediante el establecimiento de parámetros que garanticen rentabilidad económica, protección de derechos humanos, y potenciación de programas para la consecución de bienestar social y protección ambiental. Así las organizaciones contribuirán de forma efectiva para la construcción de país. Sin embargo en un país como Colombia donde las bases éticas están colapsadas como consecuencia de actuaciones particulares en entidades públicas y privadas, donde se han desviado recursos para actividades 8 ilícitas en casos como Agroingreso Seguro, Empresa de Energía de Pereira, Coomeva EPS, Transmilenio, Construcción Vía Bogotá-Girardot, Caprecom, SaludCoop EPS (Quevedo, 2013)²⁵ entre muchos otros, es importante retomar los principios éticos y valores superiores sobre las cuales deberían estar cimentadas las organizaciones. De acuerdo a lo

²⁵ QUEVEDO. 2011. La responsabilidad social de la empresa en América Latina. New York: FOMIN.

anterior, la implementación de programas de RSE, deberán por obligación tener una transversalidad frente a los principios éticos elementales donde exista un equilibrio entre el beneficio interno de la empresa y la satisfacción del cliente.

La salud no es un tema fundamentado únicamente en el bienestar individual, de las familias o de las comunidades, por el contrario, se constituye en una herramienta para integrar y buscar un desarrollo social y económico apropiado para los países. Lo anterior en razón al vínculo que existe entre las dimensiones medioambiental, social y económica, y en esa medida el reconocimiento político de la problemática de la salud en Colombia ha permitido que se vean las instituciones prestadoras de salud, como organizaciones que deben responder ante las normas nacionales e internacionales que rigen los procedimientos organizacionales que buscan garantizar la calidad del servicio que prestan, que para el caso es la Salud.

Sin embargo los beneficios económicos de la aplicación de políticas de RSE van más allá entre las que mencionamos:

- ▶ Acceso al Capital Financiero al incrementar el valor de sus inversiones y la rentabilidad a largo plazo.
- ▶ Permite decisiones de negocio mejor informadas.
- ▶ Mejora la capacidad de recibir apoyos financieros.
- ▶ Mejoramiento del desempeño financiero, reduce costos operativos optimizando esfuerzos y el uso de recursos localizándolos hacia el desarrollo sostenible.
- ▶ Mejora de la Imagen Corporativa y Fortalece la reputación de la empresa y de sus marcas.
- ▶ Incremento de Ventas y Refuerza la lealtad del consumidor.
- ▶ Productividad y Calidad incrementadas.

Medio Ambiente

La tendencia en el mundo y en nuestro país es integrar a la gestión de las organizaciones la RSE enfocada al medio ambiente, es entendida ésta como un conjunto integral de políticas ambiental, buenas prácticas y programas orientados a hacerse cargo de los impactos que sus decisiones y actividades ocasionan en la sociedad y el medioambiente, a través de un comportamiento transparente y ético, para el caso el medio ambiente se convierte en el entorno sobre el cual se deben

generar los planes que contrarresten a toda costa su perjuicio dentro de la actuación comercial que desarrollan las organizaciones. En ningún caso la RSE es filantropía o caridad, ni publicidad o marketing o una campaña activista para la protección del medio ambiente. Es un modelo de gestión que conlleva acciones guiadas por valores éticos ampliamente compartidos, que van más allá del cumplimiento de las leyes (Green, 2003)²⁶.

Social

- ▶ •Manejo integral en Salud en los sectores menos favorecidos
- ▶ •Sistema de Salud equitativo como principal factor de riesgo para la salud por las diferencias generadas por el nivel de ingreso de los pacientes
- ▶ •Garantizar un ciclo completo de la vida, desde el inicio en buena salud, salud para los jóvenes, envejecimiento en buena salud, mejoras de la salud mental. Reducción de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
- ▶ •Reducir las lesiones derivadas de actos violentos y accidentes. Proporcionar a la población un entorno físico sano y seguro.
- ▶ Crear espacios o escenarios favorables para la Salud. Responsabilidad multisectorial en relación con la Salud

Económico

- ▶ Eliminación progresiva de las limitaciones financieras
- ▶ Planes de inversión en salud que retornen en forma de satisfacción del cliente externo e interno.
- ▶ Formación y mantenimiento de alianzas y redes de expertos para brindar respaldo a la planificación e implementación de las actividades.
- ▶ Análisis estratégicos de desarrollo de políticas y de aspectos sistémicos y económicos.
- ▶ Medio Ambiente
- ▶ Compromiso con el desarrollo continuo del sistema de gestión Ambiental.
- ▶ Uso eficiente de los recursos naturales para reducir las emisiones y la producción de desperdicios y evitar la contaminación.

²⁶ GREEN. Op. cit., p. 38

- ▶ Participación en el desarrollo de una política de gestión de riesgos sensata en el ámbito de los sectores de transporte y uso de productos químicos.
- ▶ Cumplimiento de la reglamentación nacional e internacional en materia de protección al medio ambiente.

4.5.5. El Turismo de Salud.

Es el proceso en el cual una persona viaja para recibir servicios de salud a un país diferente al que reside. Este sector está compuesto por cuatro categorías básicas (medicina curativa, preventiva, estética y bienestar), en las que Colombia podría competir con una propuesta estratégica clara, atrayendo al menos 2,8 millones de turistas de salud y generando ingresos por al menos 6,3 mil millones de dólares en el año 2032. Así, el sector Turismo de Salud en Colombia comprende el conjunto de entidades que están promocionando y garantizando una alta calidad para atender a los pacientes nacionales e internacionales. Se trata de un entramado de entidades (14) en un sistema de competitividad que consolidan al sector desde la oferta (con clínicas y hospitales) de alta calidad y una oferta institucional robusta que garantiza acceso al crédito, acceso a las acreditaciones internacionales, altos estándares, entre otros.

4.5.6. Oportunidades.

El sector en Colombia hoy es aún incipiente con una oferta de valor concentrada en la medicina curativa y estética. No obstante puede aprovechar sus ventajas de tarifas competitivas y alta calidad del talento humano para atraer más turistas, para lo que se requiere superar brechas en materia de infraestructura, cantidad de profesionales que ejercen en el sector y niveles de bilingüismo.

Los desarrollos tecnológicos y los altos niveles de profesionalización del capital humano del sector permiten que Colombia sea pionero en especializaciones de alta complejidad como: cardiovascular, bariátrica, ortopedia y estética odontológica.

4.5.6.1. Contexto Mundial.

En el mundo, Asia y Norteamérica atraen el 87% del flujo de turistas de salud que buscan servicios en las categorías de medicina. En el caso de la categoría de Bienestar (Inspired Wellness), Medio Oriente y América Latina son los destinos más atractivos para los turistas internacionales. En 2015 se espera que la categoría con mayor atractivo sea la medicina preventiva. Se estima que los tratamientos con mayor demanda y rentabilidad estarán asociados con el manejo de peso corporal.

4.5.6.2. Gobierno.

El gobierno colombiano es el garante del derecho a la salud de los colombianos a través del Sistema General de seguridad social por medio de los regímenes contributivos y subsidiado con el objeto de dar cobertura a al 100% de la población tanto en el área urbana como rural del territorio Nacional.

Empezó con la ley 100 y posteriormente ha generado reformas, leyes, decretos convirtiéndose el sector salud en uno de los sectores más reglamentados; en el PND se ha hecho merecedor de gran atención pues origino la reforma estatutaria en salud como mediada del gobierno para pagar la deuda con el sector después de un periodo de crisis en la prestación de servicios, déficit fiscal y cierre de hospitales por inviabilidad financiera.

Dicha ley obliga al estado a garantizar y proteger el derecho a la salud, la sostenibilidad fiscal es un punto clave de dicha ley, exige integralidad en la prestación de la atención y regula el precio de los medicamentos mediante una política farmacéutica nacional equitativa.

Entre la reglamentación del gobierno eta también la generación de créditos blandos, mecanismo como compra directa de cartera a IPS para mejorar la liquidez. También se ha impulsado subsectores como turismo en salud convirtiéndose el país es uno de los principales destinos para cirugías plásticas y trasplantes aumentando la competitividad del sector a nivel internacional.

Todas están medidas se han quedado cortas pues la población a atender aumento, pero la ISP y las EPS no tienen la fluidez financiera suficiente para prestar una atención con calidad y demás ser rentables y competitivas.

Azar, Oportunidad o Casualidad:

Es importante tener en cuenta las oportunidades que las empresas pueden tener en forma imprevista y que pueden tener efectos significativos sobre la competitividad. Es el caso de las guerras, los cambios políticos intempestivos, los inventos y catástrofes. Las organizaciones se deben enfrentar a una realidad cambiante, el ambiente de competitividad que se vive en el que las decisiones tomadas deben estar orientadas hacia un crecimiento sostenido y no a la simple supervivencia.

En el Valle del Cauca hay grandes oportunidades y grandes retos que se deben asumir, los fenómenos naturales que en cualquier momento disparan la demanda (inundaciones, terremotos), y el terrorismo. Los acontecimientos casuales son importantes porque crean discontinuidad que propician algunos cambios competitivos, pueden anular las ventajas de los competidores y crear potencial para otros, pueden conseguir ventajas con respuestas nuevas y diferentes condiciones.

Para el sector salud inventar un procedimiento o un dispositivo que beneficie la salud o asegure calidad de vida es algo que genera ventaja competitiva y altera los procesos y servicios en la nación, cobra importancia en el desarrollo del sector, pero su formación inicial es un acontecimiento casual.

4.6. CINCO FUERZAS

Tabla 19. Análisis de las Cinco Fuerzas de Porter en la Clínica UCI del Río

INGRESO POTENCIAL DE COMPETIDORES	El ingreso de nuevos competidores en el sector no es sencillo, debe contarse primero con un capital suficiente para con una infraestructura adecuada, equipo biomédico y personal especializado, cumpliendo la normativa vigente, capacidad instalada suficiente que permita un punto de equilibrio económico a unos bajos costos, identificándose así dos barreras de entrada: la economía de escala y el requerimiento de capital. Otra barrera de entrada fuerte es la diferenciación del producto o servicio en el caso que nos ocupa las instituciones de salud de alto nivel de complejidad o que llevan tiempo en el área de influencia son fidelizadas por las asegurados y por los usuarios, siendo difícil para las IPS nuevas entrar a competir obligándolas a disminuir el precio de venta. También encontramos que las políticas gubernamentales pueden ser una barrera de entrada a nuevos competidores pues se debe cumplir con una amplia normativa referente a infraestructura, a procesos internos, a calidad de atención, a talento humano, etc., para poder ser habilitados como prestadores de servicios de salud. El acceso a tecnología de punta como ya se mencionó es otra barrera ya que el costo de adquisición es oneroso y el precio de venta de los servicios que se generen con esta deben ser competitivos y en muchas ocasiones la rentabilidad es poca, o se debe recurrir a estrategia de volumen para sostener el servicio, esta situación es la misma en el caso de insumos médicos y medicamentos con el agravante de que los precios de venta están siendo regulados por el ministerio de salud.
PODER DE NEGOCIACIÓN DE LOS PROVEEDORES	Las instituciones prestadores de servicios de salud cuentan con una amplia gama de proveedores desde proveedores de medicamentos e insumos como de servicios complementarios necesarios para dar una integralidad de la atención; con respecto a insumos y medicamentos los proveedores han perdido poder de negociación, ya que existen muchos medicamentos genéricos y las EPS dificultan el pago de medicamentos de marca; en caso de medicamentos específicos y para enfermedades denominadas de alto costo, los precios están siendo regulados a nivel del ministerio

Tabla 19. Continuación

PODER DE NEGOCIACIÓN DE LOS PROVEEDORES	de la protección dejando n margen de rentabilidad del 7% que se debe compartir entre el proveedor y la IPS. Con respecto a proveedores de servicios su poder de negociación es fuerte ya que por ser una ciudad intermedia Buga cuentas con pocas instituciones prestadoras de servicios como escanografías, cardiología invasiva, traslado de pacientes
AMENAZA DE PRODUCTOS Y SERVICIOS SUSTITUTOS	Se puede decir que un servicio es sustituto cuando suple la misma necesidad, la institución presta diferentes servicios, de baja, mediana y alta complejidad; para los servicios de alta complejidad no hay amenaza pues nos existe un sustituto para las unidades de cuidado intensivo o cirugías, en el caso de consulta externa y hospitalización podríamos identificar la medicina alternativa y la atención domiciliaria como sustitutos respectivamente.
PODER DE NEGOCIACIÓN DE LOS CLIENTES	Los clientes son las empresas promotoras de servicios de salud y aseguradoras, y tienen un alto poder de negociación para servicios de salud de baja y mediana complejidad, a medida que aumenta la complejidad del servicio requerido el poder de negociación de los clientes disminuyen pues la oferta de en el mercado de instituciones de alta complejidad de baja sobre todo en ciudades intermedias, pues estas instituciones están concentradas en las capitales.
INTENSIDAD DE RIVALIDAD ENTRE LOS COMPETIDORES	Analizaremos la intensidad de la rivalidad entre nuestros competidores teniendo en cuenta aspectos como número de estos; en nuestra área de influencia existen en la ciudad de Buga dos instituciones, estas son: el hospital San José y la UCI Fátima también en Tuluá existen dos IPS: la clínica San Francisco y la Clínica María Ángel, estas ofertan los mismos servicios que la Clínica UCI DEL RIO. Otro aspecto a tener en cuentas es el crecimiento del sector, con la universalización de la atención, la unificación de las coberturas en los regímenes contributivo y subsidiado, la movilidad entre los regímenes esto aumenta las opciones de los competidores para penetrar el mercado. Otro factor importante que influye en la intensidad de la rivalidad de los competidores es de operación de toda la capacidad instalada, pues si se mantienen los servicios a máximo de su capacidad se disminuyen los costos, instituciones de capacidad media como el hospital san José, la clínica San Francisco y María Ángel con mayor capacidad instalada que la nuestra son competidores fuertes para la institución

5. BENCHMARKING

A continuación se realizara el análisis con el método “bechmarking” (Betancourt G. B., 2014)²⁷ de 3 clínicas ubicadas en Tuluá, Buga y Cali, que ofrecen cuidados nivel III y IV, esto significa atención de Médicos Especialistas con la participación del médico general, tratamientos complejos y ayudas diagnosticas especializadas.

► Servicios de nivel III

Laboratorio Clínico. Para el Nivel III de complejidad se establecen los exámenes de Laboratorio r especializados según el listado que aparece en el artículo 112 de la Resolución No. 5261 de 1994.

Imágenes diagnósticas; Para el nivel III de complejidad serán considerados todas las Tomografías axiales computarizadas, así como cualquiera de las gammagrafías o estudios de Medicina Nuclear y las ecografías no consideradas en los niveles I y II.

Exámenes Especiales. Para el nivel III se consideraran los siguientes:

Abdomen:

- ✓ Cistografía o cistouretrografía
- ✓ Histerosalpingografía.
- ✓ Uretrografía retrograda
- ✓ Genitografía o vaginografía

Articulaciones:

- ✓ Artrografía o neumoartrografía.

Neuro -Radiología:

- ✓ Mielografía (cada segmento)
- ✓ Arteriografía carotídea o vertebral (cada vaso)
- ✓ Arteriografía selectiva de ambas carótidas y vertebral Panangiografía).

Cardiovascular: - Linfangiografía

- ✓ Cavografía
- ✓ Flebografía de miembro superior o inferior (por extremidad)
- ✓ Arteriografía periférica por punción
- ✓ Aortograma torácico o abdominal
- ✓ Aortograma y estudio de miembros inferiores
- ✓ Arteriografía o venografía selectiva, protografía arterial
- ✓ Esplenoportografía

²⁷ Betancourt, G. B. (2014). *Analisis sectorial y competitividad*. Cali, Colombia: ECOE EDICIONES.

- ✓ Estudio de hipertensión portal con hemodinamia
- ✓ Portografía transhepática
- ✓ Venografía selectiva (toma de muestras para química sanguínea) espiratorio –

ORL Oftalmología

- ✓ Faringolaringografía
- ✓ Broncografía unilateral
- ✓ Cuerpo extraño endocular (Sweet)
- ✓ Sialografía (por glándula)
- ✓ Dacriocistografía

Otros Procedimientos Diagnósticos y/o Terapéuticos. Se consideran para el nivel III los siguientes:

- ✓ Embolización
- ✓ Farmacoangiografía
- ✓ Pielografía o Colangiografía percutánea
- ✓ Nefrostomía percutánea
- ✓ Instrumentación percutánea, Colecistectomía percutánea (drenaje, dilatación y derivación)
- ✓ Extracción percutánea de cuerpo extraño intravascular, arterial o venoso
- ✓ Tratamiento percutáneo de tromboembolismo venoso
- ✓ Gastrostomía percutánea
- ✓ Drenaje percutáneo de abscesos o colecciones
- ✓ Extracción cálculos renales por vía percutánea
- ✓ Trombolisis arterial selectiva
- ✓ Angioplastia
- ✓ Fistulografía

Anatomía Patológica: Incluye toma, lectura y procesamiento, Se incluyen todas las demás no contempladas en los niveles anteriores.

► **Servicios Nivel IV**

✓ IMÁGENES DIAGNÓSTICAS: Resonancia Magnética y todo tipo de examen por este medio diagnóstico será considerado en el nivel IV de complejidad.

✓ ONCOLOGÍA (O TRATAMIENTOS CONTRA EL CÁNCER)

Todos los procedimientos de Telecobaltoterapia, radioterapia, ortovoltaje, curieterapia ginecológica, curieterapia intersticial y terapia con electrones, así como la quimioterapia,

✓ Otros procedimientos de nivel IV:

- Transplante renal
- Diálisis
- Neurocirugía. Sistema nervioso

- Cirugía cardiaca
- Reemplazos articulares
- Manejo del gran quemado.
- Manejo del trauma mayor.
- Manejo de pacientes infectados por VIH
- Quimioterapia y radioterapia para el cáncer.
- Manejo de pacientes en unidad de cuidados intensivos.
- Tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas.

(Según la Resolución No. 5261 de 1994 los servicios tienen niveles de responsabilidad y niveles de complejidad de la atención en salud.)

5.1. BREVE RESEÑA DE CLÍNICAS A COMPARAR

5.1.1. La Fundación Hospital San José de Buga

La Fundación Hospital San José de Buga es una institución dedicada a la prestación de servicios de salud de carácter Fundacional sin ánimo de lucro y de origen privado, de beneficio social en el sector de la salud, reglamentada por el Sistema General de Seguridad Social Integral en Salud de Colombia y sus propios Estatutos. Su sede de operación se encuentra ubicada en el centro departamental del Valle del Cauca en el norte de la ciudad de Guadalajara de Buga, en la carrera 8 N° 17-52.

En año 1974 se inició la construcción del nuevo hospital la cual constaba de un área de urgencias con 4 consultorios, un área de procedimientos, 4 camas de observación, una sala de espera y una sala de descanso médico. Este servicio estaba concebido para atender un área limitada en Buga, y una zona de influencia muy delimitada es decir, su área de influencia: Yotoco, Calima-Darién, Guacarí y San Pedro.

Para el año 1994 el servicio de urgencias se consideró insuficiente y anti funcional, lo que obligó a una remodelación, que se dio al servicio en el año 1995, la cual sirvió para mejorar la capacidad de respuesta ante la demanda de la época. Esta remodelación se proyectó inicialmente para que diera respuesta a las necesidades de la región durante 30 años, lamentablemente en la actualidad la capacidad de la infraestructura está por debajo de la demanda espontánea, por lo cual, se ha generado la necesidad de evaluar y proponer un plan de remodelación para el área de Urgencias de la Fundación Hospital San José de Buga, ajustado a las necesidades de los usuarios y a los objetivos financieros de la Institución, con el objetivo de brindar un servicio de Urgencias más amable, cómodo, ágil y moderno, proporcionando una atención inmediata e integral, priorizando la atención de acuerdo al estado del paciente.

En marzo de 2004 se inaugura la Unidad Renal, para el mismo año se realiza remodelación de las áreas de Ginecología, Pediatría y construcción de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal la cual inicia actividades en septiembre de 2005. En el año 2008 la Junta Directiva de la institución recurre a los más de 50 años de experiencia de la caja de compensación Familiar Comfenalco Valle suscribiendo un contrato de administración delegada para que Comfenalco Valle gestione, opere, dirija, administre y comercialice los servicios y productos de la institución, con todos los recursos disponibles (humanos, técnicos y financieros). De esta forma, la Fundación Hospital San José de Buga viene sometida a un proceso de transformación profunda desde el punto de vista Administrativo-Financiero y Asistencial, arrojando en los primeros veinticuatro meses de administración delegada a cargo de Comfenalco Valle, una serie de resultados halagadores, que avizoran un panorama despejado en términos de su viabilidad técnica y financiera.

Las alianzas estratégicas para los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios, UCI neonatal, adelantadas en los últimos siete años fueron objeto de revisión y ajuste, logrando mejores resultados de rentabilidad y mayor calidad en la prestación de los servicios. Se establecieron otras como Imagenología, Laboratorio Clínico, Urología, Cardiología y se encuentran en proceso de implementación las de los servicios de Alimentación y Aseo.

Estamos prestando nuevos servicios en las áreas de Neurocirugía, Cirugía Vascular, Atención Domiciliaria (Home Care), cirugía laparoscópica y próximamente estaremos ofreciendo a Buga y su zona de influencia los servicios de Hemodinamia, Unidad de Cuidados Coronarios (12 camas) y cirugía cardiovascular.

5.1.2. Clínica San Francisco de Tuluá.

Con el objetivo de contar con una entidad que ofreciera servicios médicos de media y alta complejidad sin tener que desplazarse a otras ciudades, un grupo de empresarios y de personas vinculadas al sector salud de la ciudad de Tuluá, constituyeron en el año 1991 la Unidad de Diagnóstico Médico Especializado Ltda, En vista del buen resultado obtenido con esta unidad; tiempo después, se realizaron estudios para evaluar la viabilidad de crear una Clínica. Es así, como en el año de 1993 se inicia la construcción de la que habría de llamarse Clínica Nuestra Señora de Fátima S.A.

Esta Institución de carácter privado, inicia actividades de forma parcial en el año 1996 dando al servicio las Unidades de Urgencias, Cirugía y Gineco-Obstetricia y dos años más tarde al resto de los servicios, así como la totalidad de los pisos de hospitalización, con una capacidad de 60 camas. Posteriormente se da inicio a un

programa de ampliación para llegar en la actualidad a 134 camas y a la consolidación de los demás servicios ofertados.

Gracias al esfuerzo de todos los involucrados en la actividad de la organización y a pesar de las dificultades del entorno, la Clínica actualmente denominada Clínica San Francisco S.A., viene posicionándose como la más importante entidad de salud del centro y norte del departamento del Valle del Cauca, ganándose el reconocimiento de los pacientes y sus entidades aseguradoras, por su excelente calidad científica, tecnológica y humana; que está en proceso continuo de crecimiento ampliando su oferta de servicios en los niveles 3 y 4 de complejidad, al tiempo que mejora sus instalaciones para mayor comodidad y eficiencia en la atención de sus pacientes.

5.1.3. Centro Médico Imbanaco.

En los inicios de los años 70, un grupo de profesores de la escuela de Medicina de Universidad del Valle, concibió la idea de crear un centro de especialistas, para ejercer su práctica privada. Con este sueño se inicia el Centro Médico Imbanaco (CMI), que abre sus puertas a la comunidad caleña en el mes de agosto de 1976, con 28 consultorios, al que se sumarían en los meses siguientes un pequeño laboratorio clínico y un equipo de rayos x.

En la década de los 80, el CMI recibe a otro grupo de especialistas en las distintas ramas de la medicina, y da un importante paso al abrir los servicios de Urgencias 24 horas, Cirugía y Hospitalización, destacándose como pionero a nivel nacional del modelo de cirugía ambulatoria, con todas sus ventajas para los pacientes, los empleadores y para el sistema de salud en general porque se minimizan los días de incapacidad y los costos asociados.

Paso a paso, ladrillo a ladrillo, el Centro Médico Imbanaco, fue cimentando las bases de una entidad empeñada en servir con calidad para cuidar y preservar la vida, y fue creando una comunidad de clientes fieles que ya percibía desde sus inicios su propuesta de valor diferenciada. Este enfoque hacia una estrategia de servicio - que se ha mantenido a lo largo de su historia- es lo que ha moldeado el perfil de la empresa, ha convocado distintas voluntades, y ha permitido la toma de decisiones consistentes e inteligentes acerca de la asignación apropiada de los recursos, la elección de los distintos servicios, y la adopción de nuevas tecnologías.

A finales de esta década de los 80, el CMI fortalece su modelo gerencial al iniciar los esquemas formales -que se han ido perfeccionando, con el aprendizaje

organizacional- para escuchar la voz de sus clientes, formular el direccionamiento estratégico y brindar capacitación a su personal.

La demanda creciente y el advenimiento, en 1993, de la nueva ley de seguridad social, plantearon cambios de fondo al CMI como la necesidad de la ampliación física de sus instalaciones, por lo que se construyeron las torres A y B, y se abrieron los servicios de alta complejidad, lo que permitió consolidar una oferta de servicios de salud, lo más integral posible.

Paralelo al crecimiento físico y a la apertura de nuevos servicios, se continuó trabajando en el fortalecimiento de las capacidades diferenciadoras del CMI: un modelo de gestión integral que busca gerenciar los procesos para hacerlos eficientes, eficaces y efectivos; el fortalecimiento de la transformación cultural que aspira a lograr la alineación total con los grandes propósitos; y la coherencia organizacional -con el marco permanente del pensamiento sistémico- donde el pensar, el decir y el actuar de todos los miembros del Centro Médico Imbanaco, se traduzca en conductas visibles dentro y fuera de la empresa.

Desde su fundación hasta la fecha, han sido muchos los escalones que ha debido subir el CMI, en pos de su visión y del logro de su gran objetivo: Brindar siempre una atención médica segura para cuidar y preservar la Vida. La ruta hacia la calidad, como se le ha llamado, está llena de encuentros y espacios de reflexión, donde a través del poder transformador de la palabra, hablando y escuchando a otros, interpretando sus inquietudes o generando nuevas ideas, se ha podido repensar la organización, redefinir los valores y significados compartidos, y fijar prioridades y líneas de actuación, haciendo posible que emerjan más posibilidades y compromisos de todos sus miembros.

La organización ha entendido que los procesos sólo es posible gerenciarlos desde el lugar donde están ocurriendo las cosas, llegando hasta el puesto de trabajo, y que en la medida en que cada persona sea consciente de la importancia del aporte que con su trabajo hace al logro de los objetivos y de los proyectos estratégicos, será verdaderamente productiva, ya que cada día las personas fortalecerán sus competencias técnicas, emocionales y espirituales, al tener cientos de clientes satisfechos, un clima laboral enriquecedor lleno de líderes orientadores e inspiradores, y una contribución útil a la sociedad.

El CMI ha implementado el Programa de Seguridad al Paciente, que busca minimizar los riesgos y los eventos adversos; ha puesto en marcha el sistema de código de barras; en el tema de los sistemas de información ha migrado los datos

a plataformas más versátiles en ambiente Web, y ha avanzado en la digitalización de la información en el CMI.

Con estos aprendizajes, el Centro Médico Imbanaco se ha embarcado con éxito en muchos proyectos para fortalecer su Sistema Integrado de Gestión, tales como la certificación integral con la norma ISO 9001: 2008 para Calidad, ISO 14001:2004 para Sistema de Gestión Ambiental y OSHAS 18001:2007 para el Sistema de Seguridad Industrial y Salud Ocupacional; la acreditación internacional para el Laboratorio Clínico otorgada por el CAP (Colegio Americano de Patólogos); en el 2006 recibió el Premio Salud Colombia, categoría Plata y en el mismo año el ICONTEC le concedió el certificado de Acreditación en Salud, constituyéndose en la octava institución en Colombia en recibirla y la primera del Sur Occidente Colombiano. En 2007 recibió el Premio Colombiano a la Calidad de la Gestión; en el 2009 el Centro Médico Imbanaco recibe el Premio Orden al Mérito ACRIIP – Medalla Gran Caballero y el certificado de Acreditación Internacional en Salud otorgado por la Sociedad Internacional para la Calidad ISQUA; en el 2010 el Primer Galardón Nacional Hospital Seguro y La Medalla al Mérito Cruz Esmeralda 2009 en Seguridad y Salud Ocupacional por parte del Consejo Colombiano de Seguridad, reconocimientos que permiten reafirmar su compromiso para cuidar y preservar la Vida.

En junio de 2011 fue reconocida como Empresa libre de Influenza 2011, por la Sociedad Colombiana de Medicina del Trabajo. Con miras a la acreditación internacional con la JCI (Joint Commission International), inició en 2011 la capacitación en los estándares y metodologías requeridas. Obtuvo el puesto 25 en el Ránking de Hospitales y Clínicas 2011, entre los 40 mejores de Latinoamérica, publicado por la revista América Economía. Para avanzar en la modelación y automatización de sus procesos inició en el segundo semestre de 2011 el proyecto BPM.

En el 2012 obtuvo nuevamente el Galardón Nacional Hospital Seguro y el puesto 20 en el Ranking de Hospitales y Clínicas 2012, y en el 2013 el puesto 14 en el Ranking entre los 45 mejores de Latinoamérica, publicado por la revista América Economía.

En el 2014 el Centro de Atención Integral en Hemofilia del Centro Médico Imbanaco recibió el Certificado de Excelencia EFQM, otorgado por la Fundación Colombia Excelente y en el mismo año el Tercer Galardón Nacional Hospital Seguro y el puesto 13 en el Ranking de Hospitales y Clínicas 2014, entre los 42 mejores de Latinoamérica, publicado por la revista América Economía, y en el año 2015, ocupó el puesto 12 en este mismo Ranking. En junio de 2016, recibió por cuarta vez

consecutiva el Galardón Nacional Hospital Seguro, convirtiéndose en la única entidad de salud en Colombia, en tener los cuatro galardones.

En la consecución de estos logros ha estado presente la confianza y respaldo de muchas entidades financieras y el apoyo de los proveedores con equipos, suministros y servicios de gran calidad. Grupos interdisciplinarios del Centro Médico Imbanaco, conocidos en la medicina actual como grupos de excelencia, han fraguado en los últimos años importantes logros de la ciencia médica en tratamientos para el Parkinson y tumores cerebrales a través de la estereotaxia y la cirugía de rayos gamma; problemas auditivos, con implantes cocleares; patologías de corazón, del cerebro y arteriales, con el implante de dispositivos guiados por el sistema arterial. Los más complejos problemas ortopédicos, son tratados a través de reemplazos articulares, las lesiones de columna, con implante de dispositivos especiales, como los discos mecánicos; los problemas de la visión con implante de anillos estromales que evitan el trasplante de córnea, y los problemas de infertilidad por medio de avanzadas técnicas de reproducción asistida, como la vitrificación de óvulos, embriones y semen.

Nueva Sede Principal.

Una gran obra construida con una fuente de energía ilimitada: nuestra Vocación de Servicio. A finales del año 2005 el Centro Médico Imbanaco adquirió el lote que era de propiedad del Instituto Óscar Scarpetta, situado en la calle 5 con carrera 38 Bis. El proyecto contó con 21 diseños, que permitieron iniciar la construcción de esta edificación en enero de 2011, emprendiendo el llamado “Tercer Desafío”.

Una nueva edificación con 82.000 metros cuadrados, la primera en Colombia y la segunda en Latinoamérica con tecnología sismo-indiferente, superior a la sismo-resistente, capaz de amortiguar un movimiento telúrico sobre los 4 sótanos y aislar del movimiento a la estructura externa, es decir los 8 pisos de la construcción.

Cuenta con espacios cómodos, amplios y confortables, que permiten la circulación del aire y el ingreso de la luz, el complejo médico se constituye en una de las construcciones de salud más modernas en Colombia y Latinoamérica. Diseñada como una construcción amable con la naturaleza, con recursos de la física aplicados a su arquitectura, sus espacios abiertos se convierten en corredores de aire y luminosidad.

Los 12 niveles cuentan con tecnologías médicas de vanguardia para la prestación de servicios médicos seguros y de alta calidad científica. Con 351 camas, distribuidas entre hospitalización, unidades de cuidados intensivos (Recién nacidos,

pediatría, adultos, coronarios y cuidado especial obstétrico) y trasplante, que albergan tecnologías de vanguardia para las patologías más complejas. Y todo para cuidar y preservar la vida.

Además cuenta con un parque en la esquina norte que recuperó la arborización existente, andenes peatonales, zonas verdes y bahías de acceso vehiculares. Ingresos diferenciados para pacientes y visitantes a través de un porche cubierto, bahía para taxis, una vía independiente para emergencias, áreas cubiertas para cargue y descargue e ingreso a parqueadero cubierto.

Un lobby para el acceso del público - amplio e iluminado, droguería, bancos, cajeros automáticos, capilla, auditorio, plaza de comidas, áreas técnicas, áreas administrativas y áreas clínicas y hospitalarias para todos los servicios. Cuenta con un completo sistema de circulaciones verticales y horizontales; con 18 ascensores y 2 escaleras mecánicas en los primeros niveles; un sistema neumático de transporte y circulaciones públicas e internas, diferenciadas; además, los circuitos de evacuación y compartimientos garantizan la seguridad del edificio.

Con la Sede Principal, que fue inaugurada el 31 de marzo de 2016, la nueva imagen del Centro Médico Imbanaco proyecta a la institución como un centro de avanzada en el desarrollo médico y tecnológico, que continuará brindando siempre una atención médica segura para cuidar y preservar la Vida.

Hoy, con la participación activa de más de 2800 personas entre especialistas, personal de consultorios, empleados, y personal de las firmas contratistas; con su pensamiento, palabra y acción alineados con el gran objetivo y los valores corporativos de Servicio, Seguridad y Confianza, Honestidad y Trabajo en Equipo; y con procesos efectivos, el Centro Médico Imbanaco podrá continuar en pos de su sueño de ser una empresa que permanece en el tiempo, tan especial, tan valiosa para sus clientes y para todos sus grupos de interés, y que les brinde tantos beneficios, que se convierta en su institución preferida a donde sea grato volver y a la que se quiera siempre recomendar.

5.2. FACTORES CLAVES DE ÉXITO

Los factores claves de éxito se analizaron teniendo en cuenta áreas críticas de la empresa; financiera, conocimiento del cliente, procesos internos, aprendizaje y crecimiento. Se analizaron los objetivos de cada perspectiva y se formularon factores claves de éxito para la CLÍNICA UCI DEL RIO de acuerdo a las mejores prácticas que se percibían de las otras 3 clínicas,

Tabla 20. Factores Claves de Éxito

<i>Perspectiva</i>	<i>Factores Claves de Éxito</i>	<i>SubFactores</i>
Cliente	La satisfacción de las necesidades de salud y expectativas de servicio	Cobertura de la Población, Capacidad instalada Asistencia Efectiva Atención Adecuada
Financiera	Equilibrio financiero, Eficiencia financiera	Ingresos adaptados a los servicios Eficiencia en el Gasto
Procesos	Satisfacción e integración del personal	Adecuación del trabajo Factores Profesionales Factores Personales Factores Laborales
Innovación y desarrollo	Gestión de la innovación y mejora continua	Alto nivel de Liderazgo Adecuadas herramientas de gestión Innovación y procedimientos
Social	Mejora global del sistema de salud	

5.2.1. La Satisfacción de las Necesidades de Salud y Expectativas de Servicio

Para ello debemos lograr tres factores:

1. Cobertura de la Población: Se consigue mediante un portafolio de servicios suficiente, dentro de nuestro marco de actuación, y asegurando que el servicio esté disponible para los clientes en el mínimo tiempo posible. Para ello la clínica debe ser capaz que adecuar sus recursos a la demanda de la población, realizarlo mediante una actividad suficiente y eficiente, y tener una adecuada coordinación con Atención Primaria y el resto de organizaciones asistenciales.

2. Asistencia Efectiva: La asistencia que se presta debe conseguir el máximo nivel de curación o bienestar posible para nuestros pacientes y minimizar los errores o complicaciones. Para se necesita una alta cualificación técnica de los

profesionales, utilizar la tecnología más efectiva disponible y organizar los procesos y procedimientos de forma eficiente.

3. Atención Adecuada: Como complemento a la prestación de los servicios, los clientes necesitan una información completa y comprensible para poder tomar decisiones y acceder a los servicios, y un trato amable y personalizado que sólo es posible si los profesionales están capacitados y comprometidos para ello.

5.2.2. Equilibrio Financiero.

Se consigue mediante Ingresos adaptados a los servicios: Depende del precio de venta de los servicios prestados, competitivos en el mercado, (Departamento y Organización Central), y del proceso de facturación sea eficaz, que se facturen todos los servicios prestados mediante un buen sistema de información y que la clínica cumpla con su proyección en la prestación del servicio.

Eficiencia en el Gasto: Va a depender del costo de operación teniendo en cuenta costo efectivo del talento humano, dotación, medicamentos e insumos, de los procesos internos de compras y abastecimiento, manteniendo la productividad al mínimo costo necesario.

También es determinante la capacidad de la clínica para realizar convenios con clientes que garanticen no solo la demanda de los servicios ofertados sino una adecuada cultura de pago; por último la gestión de cartera garantiza el flujo de efectivo necesario para la operación del servicio. Con el equilibrio de gastos y eficiencia financiera se logrará ser sostenibles, lo cual aportaría a seguir siendo competitivos.

5.2.3. Satisfacción e Integración del Personal.

Disponer de un equipo humano cualificado y empoderado con el proyecto de la Clínica es básico para el cumplimiento de los objetivos y depende de una serie de factores muy relacionados entre sí:

- ▶ **Adecuación del trabajo:** Los profesionales necesitan disponer de medios materiales y organizacionales adecuados para realizar su trabajo, dentro de una buena programación y una organización de los procesos y los circuitos que asegure la mayor eficacia.

- ▶ **Factores Profesionales:** Asegurar las mejores posibilidades de capacitación y desarrollo profesional, y tener un margen de responsabilidad para tomar decisiones dentro de su campo de actuación para cumplir los objetivos de la clínica.

- ▶ **Factores Personales:** Satisfacer las necesidades de las personas en cuanto a información, reconocimiento o respeto mutuo.

- ▶ **Factores Laborales:** Son aquellos que regulan las condiciones de trabajo como remuneración, horario, vacaciones, incentivos, sentido de pertenencia.

5.2.4. Gestión de la Innovación y Mejora Continua.

Para asegurar que la Clínica dispone de un sistema que impulse la mejora continua de su gestión y sus resultados, además de la satisfacción del personal necesitamos:

- ▶ **Alto nivel de Liderazgo**, de forma que los líderes de la Clínica impulsen y estimulen la participación de todas las personas en la mejora de nuestro sistema y resultados.

- ▶ **Adecuadas herramientas de gestión**, que favorezcan la adecuada consecución de los objetivos de la Clínica mediante la utilización de las mejores, más avanzadas y adecuadas técnicas y sistemas de gestión.

- ▶ **Innovación**, considerada como una acción nueva desarrollada a partir de una idea (que puede ser copiada o adaptada como resultado del benchmarking) que añade valor; la clínica debe diseñar un proceso mediante el cual se interiorice la innovación como factor diferenciador y le permita acceder a sectores y recursos que la potencien en el mercado.

5.2.5. Mejora global del Sistema de Salud.

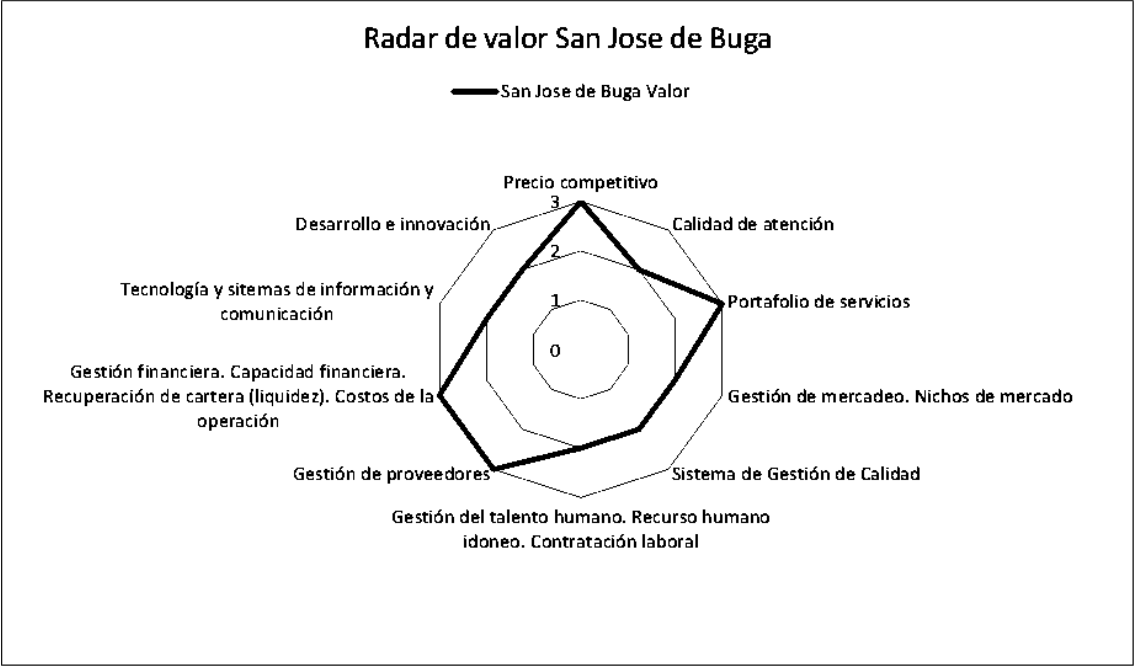
La contribución de la Clínica en este punto es cooperar con el sistema entregando los mejores servicios, es decir, de la capacidad de coordinar las instituciones de Atención Primaria y el resto de organizaciones para ofertar un servicio eficiente, oportuno, idóneo, resolutorio que sea complementario y no redunde en la atención, que asegure la continuidad de cuidados de los pacientes. Además aporta conocimientos con el resto de profesionales y organizaciones para lo que necesita profesionales cualificados que difundan de forma suficiente los avances en tecnologías y de gestión. La clínica extiende el conocimiento de sus recursos y funcionamiento a la sociedad que la rodea promoviendo su participación en el desarrollo del Sistema de Salud de Buga.

5.3. MATRIZ DEL PERFIL COMPETITIVO

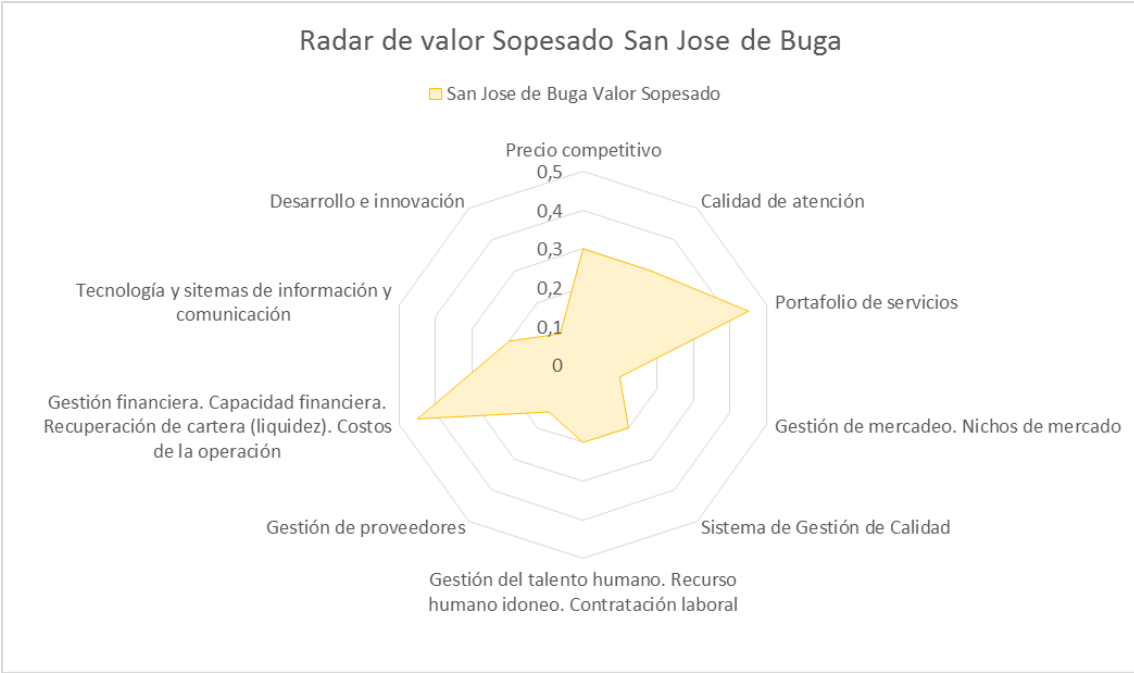
Tabla 21. Matriz del Perfil Competitivo

Factores Clave de éxito	Peso		San Jose de Buga		San Francisco de Tulua		Imbanaco de Cali		UCI del Rio Buga	
			Valor	Valor Sopesado	Valor	Valor Sopesado	Valor	Valor Sopesado	Valor	Valor Sopesado
Precio competitivo	10	0,1	3	0,3	2	0,2	3	0,3	4	0,4
Calidad de atención	15	0,15	2	0,3	2	0,3	4	0,6	3	0,45
Portafolio de servicios	15	0,15	3	0,45	2	0,3	4	0,6	3	0,45
Gestión de mercadeo. Nichos de mercado	5	0,05	2	0,1	1	0,05	4	0,2	2	0,1
Sistema de Gestión de Calidad	10	0,1	2	0,2	2	0,2	4	0,4	1	0,1
Gestión del talento humano. Recurso humano idoneo. Contratación lab	10	0,1	2	0,2	1	0,1	3	0,3	2	0,2
Gestión de proveedores	5	0,05	3	0,15	2	0,1	3	0,15	4	0,2
Gestión financiera. Capacidad financiera. Recuperación de cartera (liqu	15	0,15	3	0,45	2	0,3	4	0,6	3	0,45
Tecnología y sistemas de información y comunicación	10	0,1	2	0,2	2	0,2	4	0,4	3	0,3
Desarrollo e innovación	5	0,05	2	0,1	2	0,1	4	0,2	2	0,1
TOTAL	100	1		2,45		1,85		3,75		2,75

Gráfica 9. Radar de valor Clínica San José de Buga

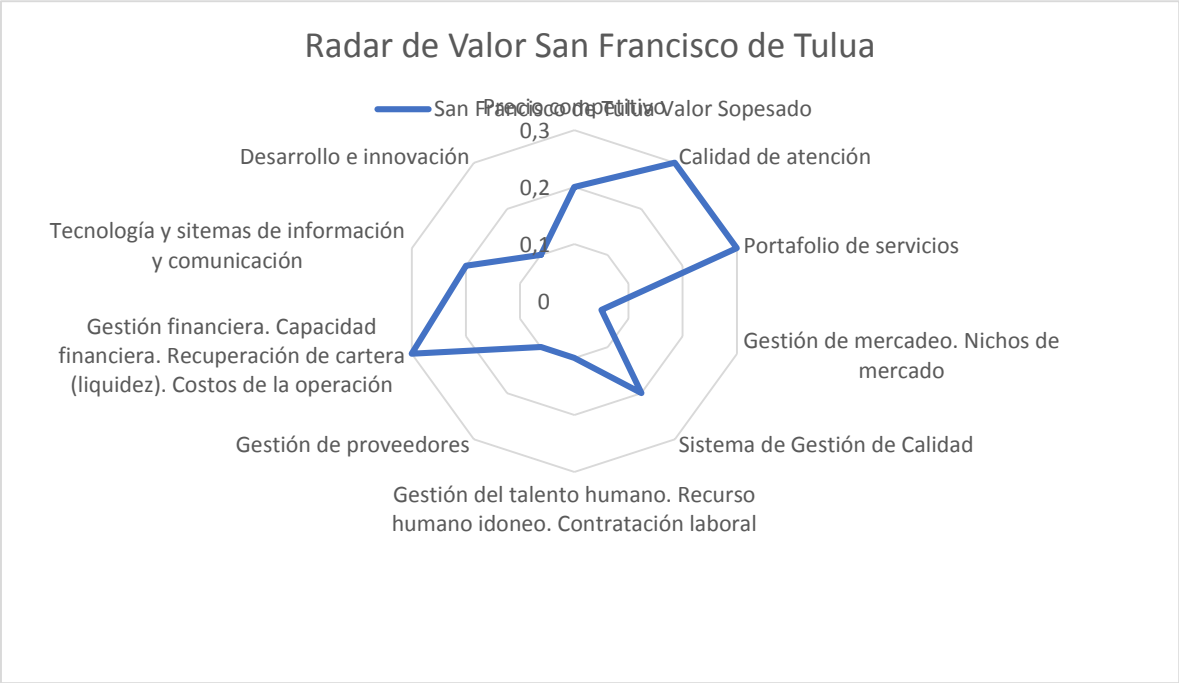


Gráfica 10. Radar de valor Sopesado Clínica San José de Buga

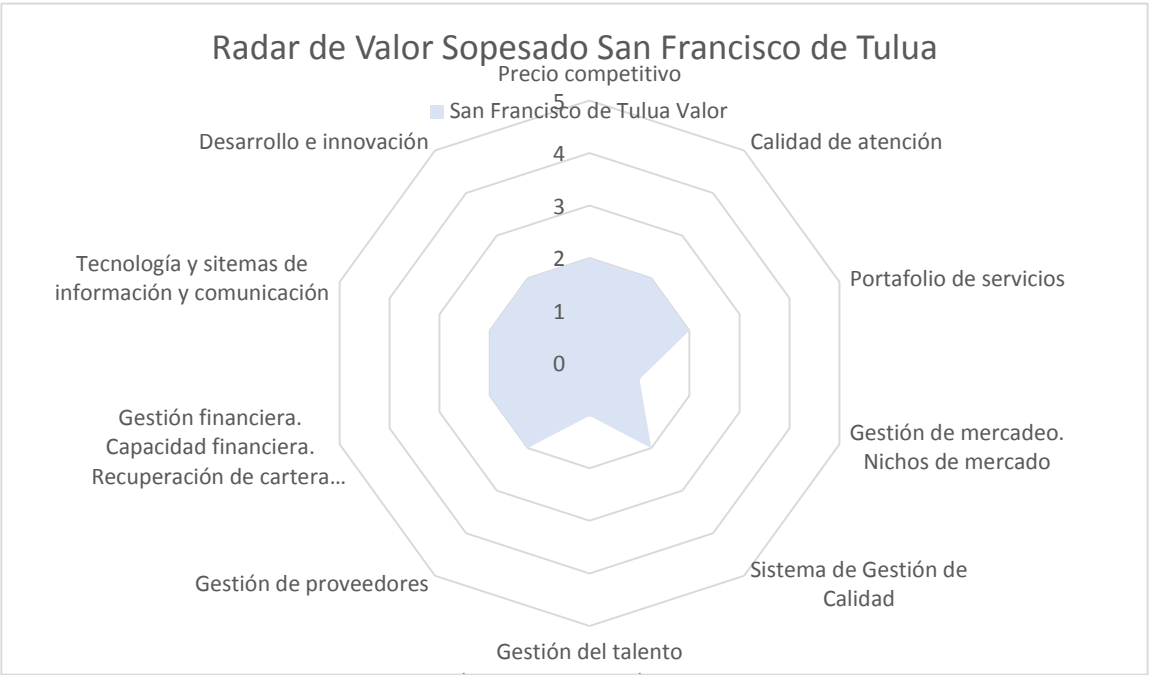


La fundación Hospital San José de Buga tiene un excelente desempeño en factores como el portafolio de servicio que presta su gestión financiera en aspectos como los costos de operación y la recuperación de cartera, tienen un desempeño aceptable en la competitividad de sus precios de venta, en la calidad de la atención y un desempeño critico en aspectos como la tecnología y sistemas de la información, crítico en desarrollo e innovación, mercadeo, contratación laboral y gestión de proveedores.

Gráfica 11. Radar de Valor Clínica San Francisco de Tuluá

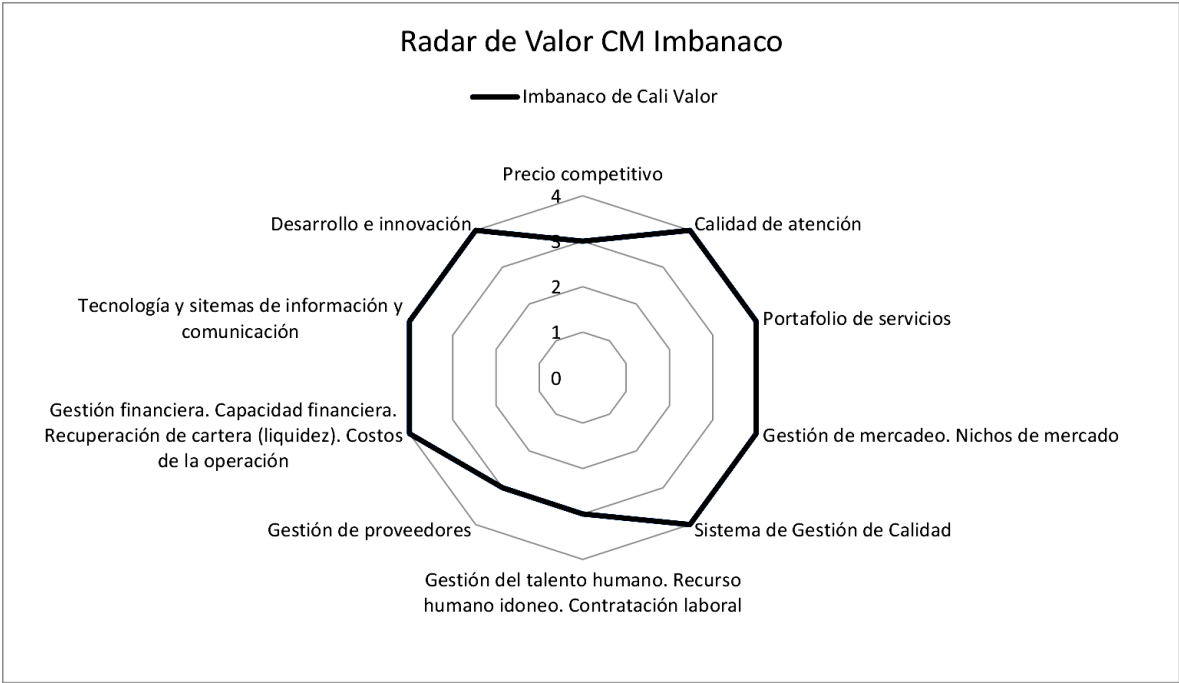


Gráfica 12. Radar de Valor Sopesado Clínica San Francisco de Tuluá

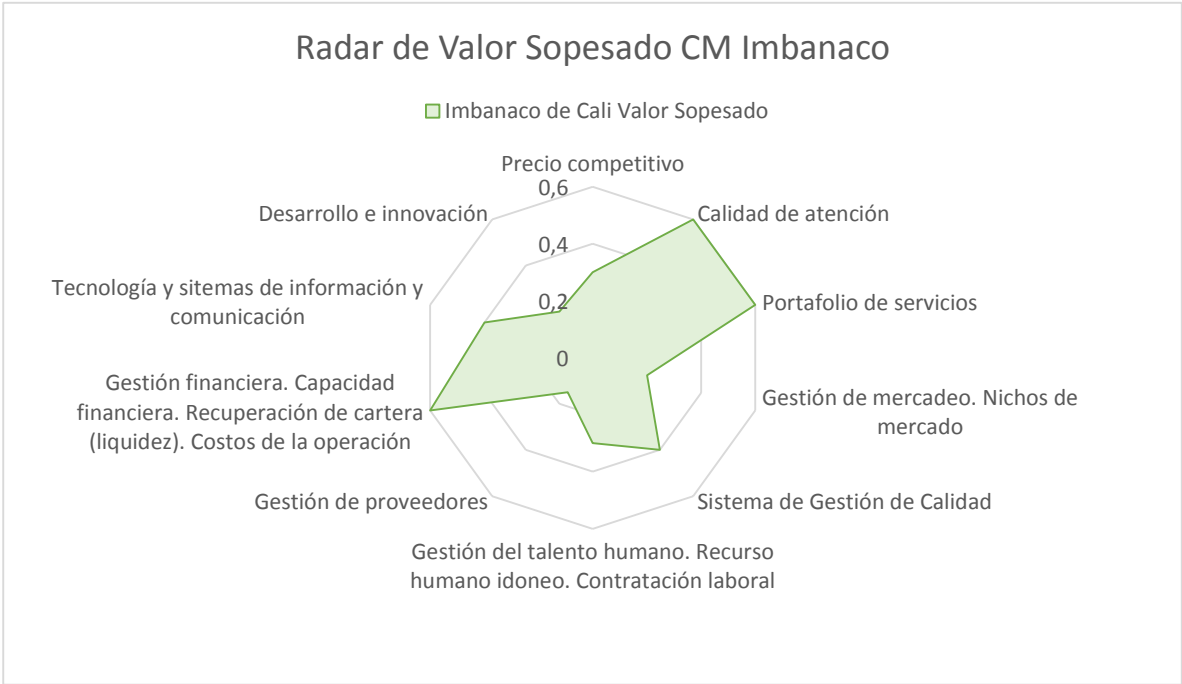


La Clínica San Francisco tiene un desempeño aceptable en aspectos como Calidad de atención, portafolio de servicios y en su gestión financiera y un desempeño crítico en los precios competitivos, en desarrollo e innovación, tecnología y sistemas de información, gestión de proveedores, gestión de talento humano y en sistemas de gestión de calidad.

Gráfica 13. Radar de valor Centro Médico Imbanaco – Cali

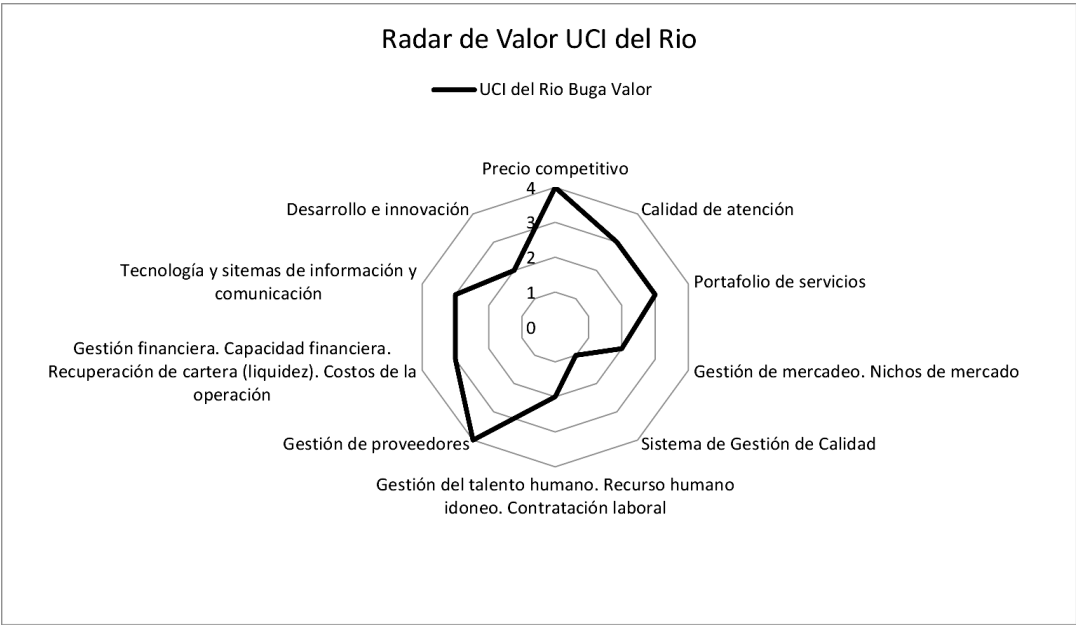


Gráfica 14. Radar de Valor Sopesado Centro Médico Imbanaco – Cali

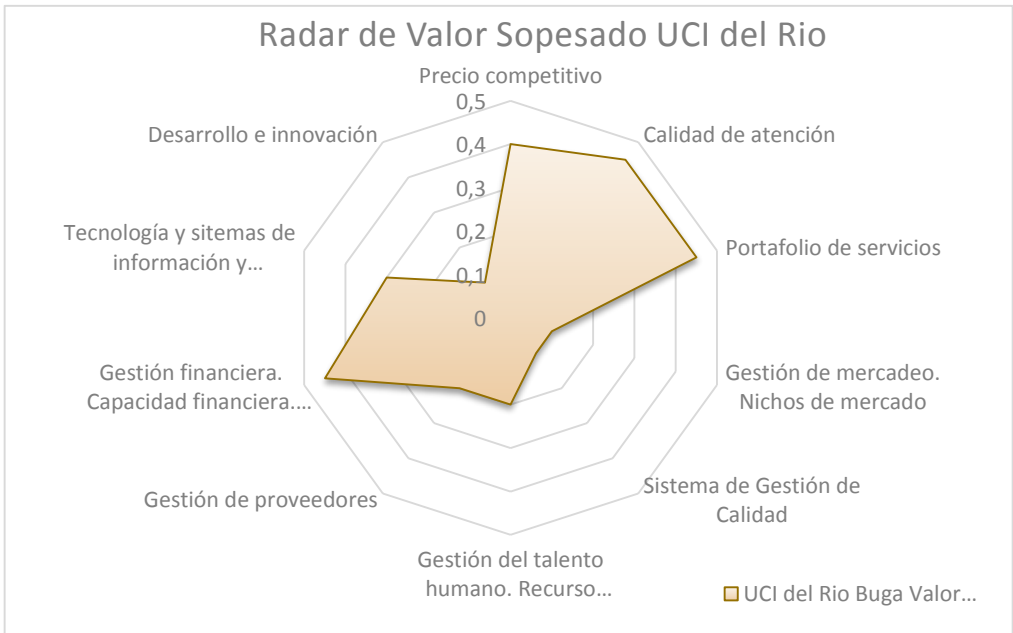


El Centro Médico Imbanaco tiene un excelente desempeño en todos los factores a excepción de la calidad de atención donde es aceptable y tienen un desempeño y crítico en los precios competitivos

Gráfica 15. Radar de valor UCI del Río - Buga

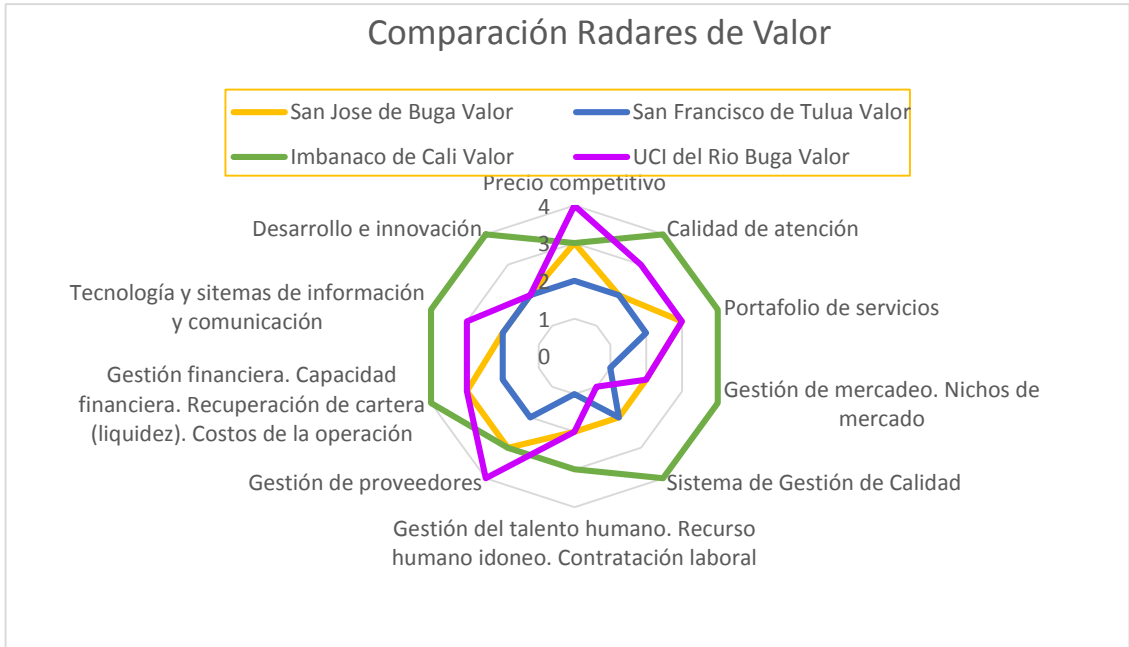


Gráfica 16. Radar de Valor Sopesado UCI del Río – Buga

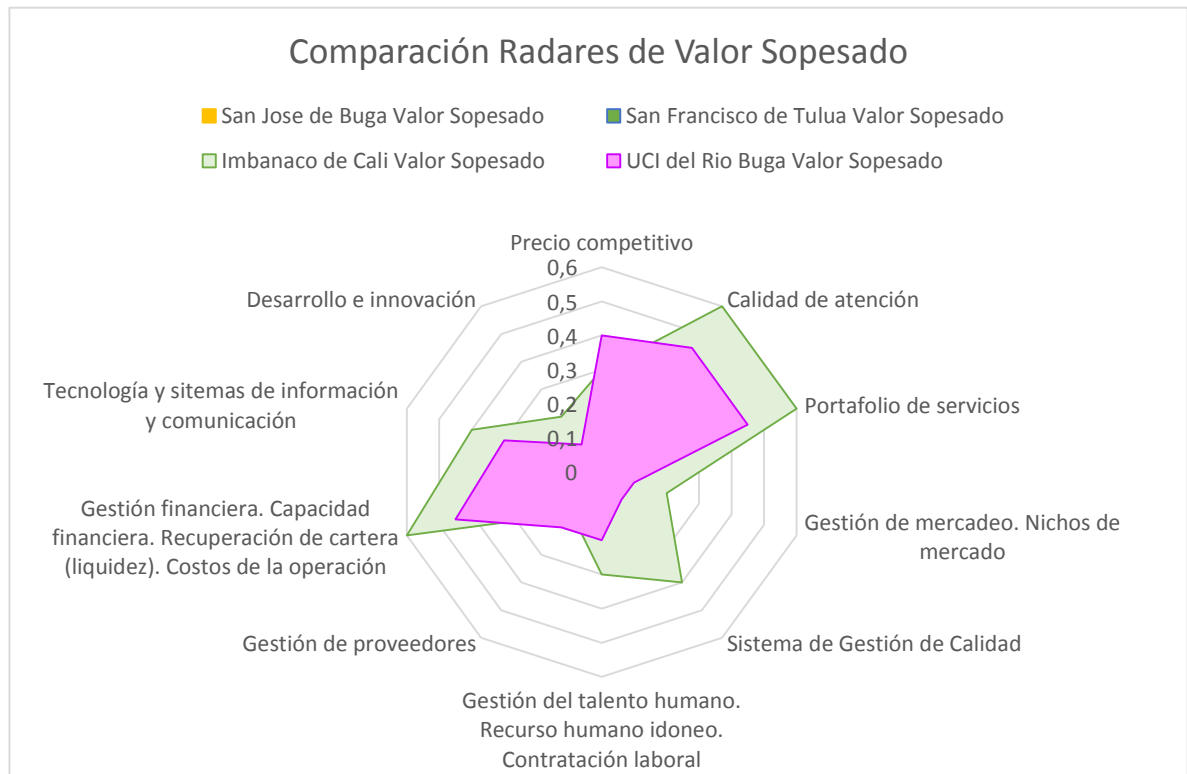


La Clínica UCI del Rio tiene un excelente desempeño en factores como precios competitivos, calidad de atención y gestión de proveedores, un desempeño aceptable en el portafolio de servicios, gestión financiera te tecnología y sistemas de comunicación e información, en factores como sistema de gestión de calidad, gestión del talento humano y desarrollo e innovación su desempeño es crítico.

Gráfica 17. Comparación de Radares de Valor de las Cuatro Clínicas Analizadas.



Gráfica 18. Comparación de Radares de Vlor Sopesado de las Cuatro Clínicas Analizadas



5.4. ANÁLISIS DE BENCHMARKING

De lo anterior podemos interpretar que el CMI es una institución líder en el sector, obtuvo un puntaje de 3.75 le sigue la clínica UCI del Rio con 2,75 y en tercer lugar la Fundación Hospital San José de Buga con 2,45 de peso sopesado por ultimo encontramos la clínica Sanfrancisco que se aleja del líder con 1,85 de peso sopesado, presentado un pobre desempeño en comparación con las otras instituciones.

El CMI, sobresale en 8 de los 10 aspectos analizados; siendo muy fuertes en su portafolio de servicios y lo hace competitivo en el mercado a pesar de no ser fuerte en el factor precios competitivos, lo que no sucede con las otras instituciones donde el portafolio de servicios es limitado y un factor a fortalecer.

La gestión financiera e innovación y desarrollo son factores comunes a fortalecer en las instituciones analizadas incluida la clínica Uci del río; debe diseñar políticas que potencien el talento humano de la clínica. Otro factor común en las instituciones, excepto el CMI, es el sistema de Gestión de Calidad, se recomienda implementarlo de manera que le permita competir a la clínica con altos estándares de calidad en el mercado.

6. ANÁLISIS INTERNO

6.1. DEBILIDADES

Tabla 22. Análisis de Debilidades

<i>Variable</i>	<i>F/D</i>	<i>FM</i>	<i>fm</i>	<i>dm</i>	<i>DM</i>
Falta de especialistas					X
Insatisfacción de los empleados					X
Tecnología biomédica obsoleta					X
Poca capacidad instalada				X	
Pocos convenios					X
Insuficiencia de instalaciones físicas (archivo mantenimiento, cafetería)				X	
Insuficiencia de insumos y dispositivos médicos para la prestación del servicio					X
Iliquidez					X
Inoportunidad de pago a proveedores					X
Concentración excesiva de trabajo				X	
Alto nivel de endeudamiento					X
Tipo de contratación laboral				X	
No hay sistema de incentivos y reconocimiento				X	

6.2. FORTALEZAS

Tabla 23. Análisis de Fortalezas

<i>Variable</i>	<i>F/D</i>	<i>FM</i>	<i>fm</i>	<i>dm</i>	<i>DM</i>
Talento humano idóneo		X			
Programa de capacitación continua			X		
Convenios docentes asistenciales		X			
Alianzas estratégicas		X			
Especialización del servicio (infectología)		X			
Ubicación geográfica		X			
Sistema de gestión por procesos			X		
Control de costos y gastos			X		
Personal motivado y con sentido de pertenencia			X		

6.3. ANÁLISIS INTEGRADO DE LA SITUACIÓN INTERNA

Tabla 24. Análisis Integrado de la Situación Interna

Variable Clave	Situación Actual	Impacto
FALTA DE ESPECIALISTAS	Se ofrecen diferentes servicios pero solo se cuenta con medicina interna e infectología	Disminuye la capacidad de respuesta a las necesidades de nuestros clientes
INSATISFACCIÓN DE LOS EMPLEADOS	Se Realiza un encuesta de satisfacción de los empleados donde se identificó que existen problemas de comunicación y motivación	Se origina un ambiente laboral desfavorable,
TECNOLOGÍA BIOMÉDICA INSUFICIENTE Y OBSOLETA	Los equipos Biomédicos de los diferentes servicios son de años anteriores o no se cuenta con la tecnología suficiente	presentan daños frecuentes obstaculizando la prestación del servicio y en ocasiones no se puede restar la atención ofrecida por falta de disponibilidad de tecnología
POCA CAPACIDAD INSTALADA	Se cuenta solo con un quirófano dotado	No hay respuesta a las necesidades de nuestro clientes de manera oportuna
POCOS CONVENIOS	Se cuenta solo con 3 convenios efectivos de todo el mercado del sector salud e la región	A pesar de que la capacidad instalada es poca , no se llega al máximo de la operación pues no se cuenta con los clientes suficientes, Solo una unidad de negocio de las 6 definidas presenta altos niveles de facturación de servicios
INSUFICIENCIA DE INSTALACIONES FÍSICAS (archivo mantenimiento, cafetería)	No se cuenta con archivo administrativo, ni área de mantenimiento, ni cafetería para el personal o los pacientes	Enlentecimiento de los procesos internos y disminución de la satisfacción laboral y del cliente

Tabla 24. Continuación

Variable Clave	Situación Actual	Impacto
INSUFICIENCIA DE INSUMOS, MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	En repetidas ocasiones falta medicamentos e insumos para la prestación del servicio	Inoportunidad de atención, disminución de la calidad de la atención, insatisfacción del cliente, el paciente y del personal encargado de prestar la atención
ILIQUEDEZ	La cartera es alta de difícil recobro lo que disminuye el flujo de caja	Impacta fuertemente la operatividad de la atención pues no hay recursos económicos disponibles para suplir las necesidades internas
INOPORTUNIDAD DE PAGO A PROVEEDORES	No se cumple con la programación de pago a proveedores según vencimientos	Impacta en la prestación del servicio, , porque genera bloqueos en servicios , insumos y medicamentos necesarios en la atención
ALTO NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	En la actualidad los pasivos son del 90%	
TIPO DE CONTRATACIÓN LABORAL	Solo el 30% de los empleados tienen un contrato laboral el resto del personal no tiene un modelo de contratación llamado oferta mercantil	Inestabilidad laboral y alta rotación de personal en el are asistencial
NO HAY SISTEMA DE INCENTIVOS Y RECONOCIMIENTO		Falta de compromiso con la institución,

7. ANÁLISIS DOFA ESTRATÉGICO

7.1. EVALUACIÓN DE FACTORES EXTERNOS

Tabla 25. Evaluación de Factores Externos

Factores Determinantes del Éxito	Peso	Calificación	Peso Ponderado
OPORTUNIDADES			
Universalización del aseguramiento, 96% de la población colombiana está asegurada.	0.08	4	0.32
Insuficiente infraestructura hospitalaria de mediana y alta complejidad.	0.1	4	0.4
Ingreso al sistema de salud de una población con múltiples necesidades de salud	0.07	4	0.28
Desarrollo sostenible	0.07	4	0.28
Desarrollo de tecnologías de la comunicación	0.07	4	0.28
Redes Integradas de atención	0.06	3	0.18
Compra directa de la cartera a las ips, en terminos del artículo 9 de la ley 1618 de 2013	0.06	4	0.24
Turismo ensalud	0.06	4	0.24
Cluster en salud	0.07	4	0.28
Ayuda internacional	0.06	4	0.24
AMENAZAS			
Crisis medioambiental en Colombia	0.06	2	0.12
Código Sustantivo Del Trabajo	0.04	1	0.04
Tecnología Biomedica de punta	0.07	2	0.14
Regulación de la negociación y precios de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, los cuales no se podrán transar por encima de los precios de referencia, según el artículo 88 de la ley 1438 de 2011.	0.06	1	0.06

Tabla 25. Continuación

Factores Determinantes del Éxito	Peso	Calificación	Peso Ponderado
AMENAZAS			
Pago directo por parte de las entidades territoriales, departamentales y distritales a los prestadores del servicio de salud públicos, privados o mixtos, para los servicios y tecnologías en salud que no están en el pos, para los afiliados del regimen subsidiado. Res 1479 de 2015	0.06	1	0.06
Se elimina completamente el ctc en el régimen contributivo y se reemplaza por un aplicativo donde el médico tratante reporta la prescripción.res 1328 de 2016	0.07	1	0.07

El peso ponderado total es de 3.59, lo que significa que la empresa esta aprovechado las oportunidades de manera significativa.

7.2. EVALUACIÓN DE LOS FACTORES INTERNOS

Tabla 26. Evaluación de Factores Internos

Factores Determinantes del Éxito	Peso	Calificación	Peso Ponderado
DEBILIDADES			
Falta de especialistas	0.07	1	0,07
Insatisfacción de los empleados	0.04	2	0.08
Tecnología biomédica insuficiente y obsoleta	0,06	1	0,06
Poca capacidad instalada	0,0425	2	0,085
Pocos convenios	0,0425	2	0,085
INSUFICIENCIA DE INSTALACIONES FÍSICAS (archivo mantenimiento, cafetería)	0.0425	2	0,085

Tabla 26. Continuación

Factores Determinantes del Éxito	Peso	Calificación	Peso Ponderado
DEBILIDADES			
Insuficiencia de insumos, medicamentos y dispositivos médicos para la prestación del servicio	0.06	1	0,06
Ilíquidez	0.07	1	0,07
Inoportunidad de pago a proveedores	0,0425	2	0,085
Alto nivel de endeudamiento	0.06	1	0.06
Tipo de contratación laboral	0.0425	2	0,085
No hay sistema de incentivos y reconocimiento.	0.03	2	0,06
FORTALEZAS			
Única IPS en la región con especialidad de infectología	0.07	4	0.28
Única IPS que ofrece trrc y plasmaferesis	0,07	4	0,28
Gestión por procesos	0,06	4	0,24
Educación continua administrativa y asistencial	0,035	3	0,105
Bajo nivel de glosas	0.06	4	0,24
Cumplimiento con requisitos de habilitación	0,05	4	0,2

Análisis: 2,25. Según este resultado el peso ponderado es menor de 2.5 la organización esta perdinedo valor.

8. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

8.1. VISIÓN

Ser la mejor opción en servicios de salud de alta complejidad y calidad, en el suroccidente Colombiano, caracterizados por la innovación científica y tecnológica, aplicando un modelo de gestión que prioriza la cultura de la atención al cliente, su seguridad, la productividad, competitividad y el equilibrio financiero de la Institución

8.2. MISIÓN

Somos una institución privada que brinda servicios de salud de alta complejidad y calidad en el suroccidente Colombiano. Ofrecemos a nuestros usuarios la mejor atención humanizada con personal altamente calificado y tecnología de punta. Damos a la comunidad médica la oportunidad de capacitación e investigación, como aporte al desarrollo científico de la región, a nuestros colaboradores, un ambiente propicio para su desarrollo personal y profesional. Asegurando la sostenibilidad y consolidación de la Institución en el tiempo. Nuestros servicios, están fundamentados en procesos éticos y de responsabilidad, hacia las comunidades servidas, en el cumplimiento del logro y el bienestar social.

8.3. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Tabla 27. Objetivos Estratégicos Planteados para la Clínica UCI del Río

Objetivos Estratégicos	Actividades
Aumentar en un 100% el número de pacientes atendidos al año, teniendo en cuenta que para el 2016 se atendieron 600 pacientes	1. Ampliación de infraestructura hospitalaria con apertura de servicio como: urgencias, unidad coronaria, unidad de endoscopia, unidad medicina física y rehabilitación. 2. Construcción de 10 habitaciones más en servicio de hospitalización y de nuevos consultorios 3. Vinculación de especialistas por disponibilidad disminuyendo costos. 4. Realizar cambio de tecnología de manera programada y con mecanismos de pago como fiducia
Disminuir el pasivo en un 10%. Llevando el nivel de endeudamiento aun 80%.	1. Desarrollar el servicio de cirugía plástica y unidad de trauma, lo que garantiza flujo de dinero efectivo. 2. Inscribirse en las mesas de trabajo del clúster de excelencia clínica. 3. Realizar un proyecto de investigación en innovación para acceder a recursos del gobierno a través de INNPULSA por medio del clúster. 4. Identificación de entidades y mecanismos que facilitan el apalancamiento financiero. 5. Presentación de proyecto de atención a víctimas del postconflicto al gobierno nacional
Conseguir 5 Convenios con diferentes entidades, aseguradoras, regímenes especiales y empresas privadas	✓ Realizar estudio de mercado para identificar aseguradoras con mayor población afiliada en el área de influencia. ✓ Realizar encuesta de opinión con aseguradoras, regímenes especiales y empresa privada para identificar las necesidades de atención. ✓ Diseñar paquetes de atención según las necesidades del mercado. ✓ Afiliar la empresa al sistema de atención a las víctimas del conflicto armado como nuevo nicho de mercado ✓ Diseño de programas y servicios que atiendan las necesidades de la población víctima del conflicto.

Tabla 27. Continuación

Objetivos Estratégicos	Actividades
Llevar la rentabilidad al 9%, ya que en la actualidad es del 2% y la del sector es del 9%	1. Realizar estudio de costos 2. Revisar servicios prestados por proveedores. 3. Realizar convenios con proveedores que signifique bajos costos. 4. Diseñar programa de hospital verde que permita optimizar costos en servicios públicos, papelería, reciclaje; etc. 5. Revisar guías de atención con el área asistencial para la optimización del uso de medicamentos regulados. 6. Identificar tarifas del mercado para acceder a este con tarifas competitivas 7. Crear distribuidora de medicamentos para facilitar negociación con empresas multinacionales y laboratorios
Obtener una satisfacción laboral superior al 90%	1. Formación de fondo de empleados. 2. Diseño de programa de promoción interna a través de concursos. 3. Diseño implantación de estrategias de inclusión de la familia de los colaboradores en las actividades recreativas de la clínica. 4. Revisión de actividades por cargo 5. Medición de tiempos por cargo

8.4. ESTRATEGIAS

8.4.1. Matriz de Ansoff.

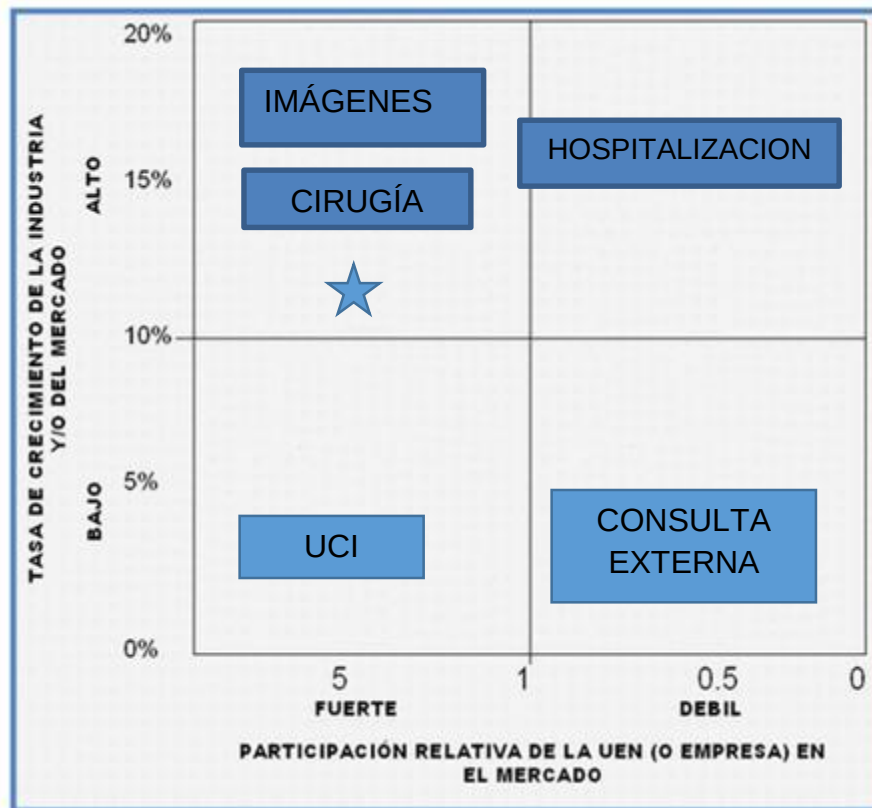
Tabla 28. Matriz de Ansoff de la Clínica UCI del Río

		PRODUCTOS	
		ACTUALES	NUEVOS
MERCADOS	ACTUALES	Penetración de mercados Ofrecer los servicios de: Consulta externa, MEDICINA GENERAL y especializada, laboratorio, hospitalización, cirugía, imágenes diagnósticas, cirugía cardiovasculares, esterilización y hemodinamia A: EPS medicina prepagada Promocionando con tarjetas de descuentos y PREVISER.	Desarrollo de nuevos productos Servicios de urgencias Desarrollo unidad medicina fisca y rehabilitación. Unidad de endoscopia Unidad de trasplante renal Unidad de salud mental Unidad de neumología Atención domiciliaria Mercados actuales EPS, medicina prepagada, Promocionando con tarjetas de descuentos y PREVISER.
	NUEVOS	Desarrollo de nuevos mercados Regímenes especiales: SENA, Fuerzas militares, Colectivos empresariales como colegios, ingenios, seguros. Ofertar en el área de influencia de como zonas industriales de Tulua, Buga, Yumbo, Yotoco.	Diversificación Cirugía plástica a mercado particular selectivo, desarrollo de una oficina en salud para penetrar los mercados externos. Desarrollo de la unidad de trauma para atender los pacientes victimas del tránsito e incursionar en el mercado del SOAT.

8.4.2. Matriz BCG o Matriz de Crecimiento y Participación.

Aplicando la matriz BCG (Boston Consulting Group) donde se analiza el movimiento y aceptación que cada producto tienen en el cliente, encontramos que la clínica tiene 5 servicios que ofrece al mercado, que al interior de la clínica están clasificadas como unidades de negocio: Unidad de cuidado intensivo, Hospitalización, cirugía, consulta externa e imágenes, que se ubican en la matriz de la siguiente manera. Producto Estrella = Imágenes.

Gráfica 19. Participación Relativa de las Unidades de Negocio en la Clínica UCI del Río



Aplicando la matriz BCG encontramos que la clínica tiene 5 servicios que ofrece al mercado, que al interior de la clínica están clasificadas como unidades de negocio: Unidad de cuidado intensivo, Hospitalización, cirugía, consulta externa e imágenes, que se ubican en la matriz de la siguiente manera.

8.4.3. Producto Estrella.

Se considera como producto estrella la UNIDAD DE IMÁGENES ya que tiene una alta participación en la facturación de la clínica, en el último año, y por consiguiente una alta participación en el mercado, así como con una alta tasa de crecimiento del mismo, lo cual favorece su buen posicionamiento en el mercado.

Se trata de productos que genera una gran rentabilidad, aunque requieren una importante inversión. Requiere una alta inversión pero con el tiempo esta inversión es poca y seguirá generando la misma o mayor rentabilidad. De igual forma hemos catalogado el servicio de cx, para la optimización del su capacidad instalada requiere un inversión importante pero generaran altos réditos as la institución

8.4.4. Producto Vaca

La Unidad de cuidados intensivos representa el 90% de la facturación de la clínica, generan una gran rentabilidad, aunque requiere flujo efectivo contante para su funcionamiento, fue el servicio con el que empezó la clínica su funcionamiento hace y lleva 9 años de posicionamiento en el mercado, permite financiar el posicionamiento de los otros servicios de la clínica a través de la inversión de capital y ha permitido retribuir el capital.

8.4.5. Producto Interrogante

Hemos catalogado al servicio de Hospitalización como s de alto crecimiento y baja cuota de mercado, ha crecido se inició con 8 camas y se encuentran en construcción de 8 más, Por lo general, generan beneficios reducidos e implican la necesidad de efectuar grandes inversiones (con tendencia a aumentar) para mantener sus cuotas de mercado, genera poca facturación pero es necesario para mantener la participación de la clínica en el mercado.

8.4.6. Producto Perro

El servicio de consulta externa presenta una baja participación el mercado por parte de la empresa en un mercado estancado, es un área de negocio con baja rentabilidad, la clínica no ha logrado posicionar este servicio en el mercado.

8.5 MATRIZ DE PORTER

El modelo Porter de diferenciación y reducción de costos.

8.5.1. Liderazgo Global.

Ofrecer volumen de atención o de prestación de servicio a las aseguradoras a bajo costo. Hacer convenios con proveedores de medicamentos e insumos de cirugía de ortopedia y hernias para abaratar los costos. Convenio con laboratorios clínicos

por volumen para ofertar a las aseguradoras bajos costos a cambio de volumen. Aumentar la capacidad instalada con el mismo personal existente en servicios como consulta externa hospitalización e imágenes.

En caso de contratación de profesionales por evento y se presente aumento en el número de atenciones la contratación debe pasarse por honorarios. Evitar la intermediación de proveedores creando una distribuidora propia.

8.5.2. Producto Diferenciador para un Mercado Exclusivo.

Unidad de trasplante renal

Unidad de hematología

Cirugía Cardiovascular

Infectología

Estos servicios no los ofertan las otras clínicas del área, se considera una fortaleza de la clínica y las aseguradoras están dispuestas a contratar estos servicios.

8.5.3. Enfoque.

El nicho de mercado de la institución es geográfico.

La clínica está enfocada a la atención del suroccidente colombiano.

Se atienden pacientes afiliados al régimen subsidiado y contributivo, particulares y usuarios de la tarjeta RIO (tarjeta de descuentos).

El otro nicho es el internacional dirigido a pacientes de cirugía plástica, bariátrica y trasplante.

9. PLAN DE ACCIÓN Y MEJORAMIENTO

9.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL.

Tabla 25. La anterior tabla hace referencia al plan de acción y mejoramiento que se lleva a cabo bajo los lineamientos establecidos según (Betancourt G. B., 2013).

Problema	Causa	Efecto	Solución
Capacidad instalada insuficiente	Falta recurso flujo de caja para el desarrollo de nuevos servicios y ampliación de instalaciones	✓ Insatisfacción de usuarios y clientes. ✓ Perdida de oportunidad negocios.	✓ Desarrollar estrategias de cobro como descuentos por pronto pago.
Falta de especialistas	Falta de flujo de caja para pago de honorarios. Poca disponibilidad especialistas en la ciudad	✓ Insatisfacción de usuarios y clientes. ✓ Inoportunidad de atención. ✓ Perdida de oportunidad de facturación	✓ Desarrollar estrategias de cobro como descuentos por pronto pago. ✓ Desarrollar estrategias de vinculación de especialistas, como alquiler de consultorio y quirófanos a cambio de servicios prestado. ✓ Ofertar atenciones por volumen (cantidad de servicios o procedimiento realizados)
Insuficiente disponibilidad de insumos médicos y medicamentos para la prestación del servicio	Falta de flujo de caja		✓ Desarrollar estrategias de cobro como descuentos por pronto pago. ✓ Realizar convenios por cápita de servicios ambulatorio programables. ✓ Establecer mecanismos de Anticipos para los servicios de alto costo

Tabla 25. Continuación

Problema	Causa	Efecto	Solución
Inoportunidad de pago a proveedores	Falta de flujo de caja	✓ Insatisfacción de usuarios y clientes. ✓ Inoportunidad de atención. ✓ Pérdida de oportunidad de facturación	✓ Realizar convenio directo con laboratorios evitando la intermediación
Tecnología Biomédica Obsoleta			✓ Realizar cambio de tecnología de manera programada y con mecanismos de pago como fiducia
Disminución de rentabilidad en insumos y medicamentos	Regulación de precios de medicamentos por el ESTADO	✓ Poca posibilidad de reinversión de capital. ✓ Insatisfacción de socios. ✓ Sobrecarga de costo a unidades de negocio más rentables	✓ Realizar convenio con laboratorios con empresas multinacionales evitando la intermediación, a través de la creación de una distribuidora de medicamentos
Servicios ofertados poco rentables o que dan pérdida	Poca demanda de servicios de consulta externa, cirugía, hospitalización		✓ Fortalecer el mercado particular y el programa de descuentos. ✓ Ofertar paquetes de servicios a menor costo ✓ Ofertar servicios por volumen ✓ Penetrar nuevos nicho de mercados como los regímenes especiales y colectivos empresariales
Insatisfacción de empleados	Tipo de contratación	Disminución de productividad y, empoderando del talento humano institucional así como alta rotación de personal en determinados cargos	✓ Formación de fondo de empleados. ✓ Diseño de programa de promoción interna a través de concursos. ✓ Diseño implantación de estrategias de inclusión de la familia de los colaboradores en las actividades recreativas de la clínica. ✓ Revisión de actividades por cargo ✓ Medición de tiempos por cargo
Concentración excesiva de trabajo	Personal insuficientes		
Tipo de contratación	Poca disponibilidad de recurso financieros		
No hay incentivos	Líder del área con poca experiencia		

9.2. RESPONSABLES DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN

Objetivos Estratégicos	Actividades	Responsables
Aumentar en un 100% el número de pacientes atendidos al año, teniendo en cuenta que para el 2016 se atendieron 600 pacientes	• Ampliación de infraestructura hospitalaria con apertura de servicio como: urgencias, unidad coronaria, unidad de endoscopia, unidad medicina física y rehabilitación. • Construcción de 10 habitaciones más en servicio de hospitalización y de nuevos consultorios • Vinculación de especialistas por disponibilidad disminuyendo costos. • Realizar cambio de tecnología de manera programada y con mecanismos de pago como fiducia	• Socios inversionistas • Gerencia • Directivos • Líder de áreas asistenciales, sistemas, calidad, Gestión humana
Disminuir el nivel de endeudamiento en un 10% anual	• Desarrollar el servicio de cirugía plástica y unidad de trauma, lo que garantiza flujo de dinero efectivo. • Realizar un proyecto de investigación en innovación para acceder a recursos del gobierno a través de impulsa por medio del cluster. • Obtener certificación de calidad • Identificación de entidades y mecanismos que facilitan el apalancamiento financiero. • Presentación de proyecto de atención a víctimas del postconflicto al gobierno nacional	• Gerencia • Subgerencia científica y de servicios de Salud • Calidad

Continuación

Objetivos Estratégicos	Actividades	Responsables
Conseguir 5 Convenios con diferentes entidades, aseguradoras, regímenes especiales y empresas privadas	• Realizar estudio de mercado para identificar aseguradoras con mayor población afiliada en el área de influencia. • Realizar encuesta de opinión con aseguradoras, regímenes especiales y empresa privada para identificar las necesidades de atención. • Diseñar paquetes de atención según las necesidades del mercado. • Afiliar la empresa al sistema de atención a las víctimas del conflicto armado como nuevo nicho de mercado. • Inscribirse en las mesas de trabajo del cluster de excelencia clínica.	• Subgerencia de servicios de salud
Llevar la rentabilidad al 9%, ya que en la actualidad es el del 2% y la del sector es del 9%	• Realizar estudio de costos • Revisar servicios prestados por proveedores. • Realizar convenios con proveedores que signifique bajos costos. • Diseñar programa de hospital verde que permita optimizar costos en servicios públicos, papelería, reciclaje; etc. • Revisar guías de atención con el área asistencial para la optimización del uso de medicamentos regulados. • Identificar tarifas del mercado para acceder a este con tarifas competitivas • Crear distribuidora de medicamentos para facilitar negociación con empresas multinacionales y laboratorios	• Área financiera • Subgerencia de servicios de salud. • Gerencia Subgerencia científica y de servicios de salud
Obtener una satisfacción laboral superior al 90%	• Formación de fondo de empleados. • Diseño de programa de promoción interna a través de concursos. • Diseño implantación de estrategias de inclusión de la familia de los colaboradores en las actividades recreativas de la clínica. • Revisión de actividades por cargo • Medición de tiempos por cargo	• Gestión Humana • Área financiera • Calidad

9.3. INDICADORES Y CONTROL DEL PLAN DE ACION

El control del Plan de Acción se realizará mediante el cuadro de mando estratégico que permite conocer el nivel de cumplimiento de la estrategia establecida. Para facilitar su seguimiento se establece un objetivo cuantificable y un código de colores: el verde indica un objetivo conseguido, el amarillo un objetivo que necesita mejorar y el rosado un objetivo que no se está cumpliendo y se debe buscar la manera de mejorarlo rápidamente.

El cuadro de mando constituye un componente fundamental de un sistema de control de Gestión de la gerencia, por medio del proceso implementado de Evaluación y Mejora se podrá hacer seguimiento y evaluación del grado de avance en el logro de los objetivos

Tabla 29. Cuadro de Mando Estratégico

#	Objetivo Estratégico	Nombre del Indicador	Perspectiva	Proceso (Mapa de Procesos)	Diseño-Formula	Unidades
1	Aumentar en un 100% el número de pacientes atendidos al año, teniendo en cuenta que para el 2016 se atendieron 600 pacientes	PORCENTAJE DE PACIENTES ATENDIDOS	COMPETITIVIDAD	GESTION ASISTENCIAL , ATENCION EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE LA CLINICA	DIFERENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS ENTRE AL AÑO ANTERIOR Y EL ACTUAL/TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EL AÑO ANTERIOR *100	%
2	Disminuir el nivel de endeudamiento en un 10% anual	NIVEL DE ENDEUDAMIENTO	RENTABILIDAD	GESTION FINANCIERA	DIFERENCIA ENTRE EL NIVEL DE ENDEUDAMIENTO DEL AÑO ANTERIOR Y EL ACTUAL /NIVEL DE ENDEUDAMIENTO DEL AÑO ANTERIOR *100	%
3	Conseguir 5 Convenios con diferentes entidades, aseguradoras, regímenes especiales y empresas privadas	NUMERO DE CONVENIOS NUEVOS	COMPETITIVIDAD	GESTION GERENCIAL	SUMATORIA DE LOS CONVENIOS NUEVOS EN 2 AÑOS	NUMERO
4	Llevar la rentabilidad al 9%, ya que en la actualidad es el del 2% y la del sector es del 9%	RENTABILIDAD DEL PATRIMONIO	RENTABILIDAD	GESTION GERENCIAL, FINANCIERA ADMINISTRATIVA Y ASISTENCIAL	UTILIDAD NETA/PATRIMONIO	%
5	Obtener una satisfacción laboral superior al 90%	PORCENTAJE DE SATISFACCION LABORAL	RENTABILIDAD Y COMPETITIVIDAD	GESTION GERENCIAL Y GESTION FINANCIERA/ADMINISTRATIVA	TOTAL DE USUARIOS INTERNOS SATISFECHOS/TOTAL DE USUARIOS INTERNOS*100	%

Tabla 29. Continuación

#	<i>Objetivo Estratégico</i>	<i>Nombre del Indicador</i>	Niveles de Referencia				<i>Origen de Datos</i>	<i>Responsable</i>	<i>Frec.</i>	<i>Responsable de Análisis de Datos y Decisiones</i>	<i>Frec.</i>
			<i>Meta</i>	<i>Límite Crítico</i>	<i>Límite de Alerta</i>	<i>Límite Satisfactorio</i>					
1	Aumentar en un 100% el número de pacientes atendidos al año, teniendo en cuenta que para el 2016 se atendieron 600 pacientes	Porcentaje de pacientes atendidos	100% por encima del año anterior	Menos de 80%	80%-99%	Mayor igual del 100%	Estadística asistencial	Área de sistemas	Mensual	Subgerencia admon - asistencial y gerencia	Anual
2	Disminuir el nivel de endeudamiento en un 10% anual	Nivel de Endeudamiento	10% por debajo del año anterior	Menor o igual al- 5,9%	6%-9,9%	Mayor o igual a 10%	Registros contables	Contadora	Mensual	Subgerencia admon - asistencial y gerencia	Anual
3	Conseguir 5 convenios con diferentes entidades, aseguradoras, regímenes especiales y empresas privadas	Número de convenios nuevos	5,00	Menos de 3	3 o 4	Mayor o igual a 5	Registros de convenios	Gerencia y subgerencias financiera y asistencial	Mensual	Subgerencia admon - asistencial y gerencia	Bi anual

Tabla 29. Continuación

#	<i>Objetivo Estratégico</i>	<i>Nombre del Indicador</i>	Niveles de Referencia				<i>Origen de Datos</i>	<i>Responsable</i>	<i>Frec.</i>	<i>Responsable de Análisis de Datos y Decisiones</i>	<i>Frec.</i>
			<i>Meta</i>	<i>Límite Crítico</i>	<i>Límite de Alerta</i>	<i>Límite Satisfactorio</i>					
4	Llevar la rentabilidad al 9%, ya que en la actualidad es el del 2% y la del sector es del 9%	Rentabilidad del patrimonio	Mayor o igual 9%	Menos de 6%	6%-8,9%	Mayor o igual a 9%	Registros contables	Contadora	Mensual	Subgerencia admon - asistencial y gerencia-asesor financiero - revisor fiscal	Anual
5	Obtener una satisfacción laboral superior al 90%	Porcentaje de satisfacción laboral	Mayor o igual al 90%	Menos del 70%	70%-90%	Mayor o igual al 90%	Encuesta de satisfacción	Coordinadora de gestión humana	Anual	Subgerencia admon - asistencial y gerencia-	Anual

9.4. CRONOGRAMA

Actividad / Años	1	2	3	4
Ampliación de infraestructura hospitalaria con apertura de servicio como Urgencias,				
Unidad coronaria,				
Unidad de endoscopia,				
Unidad medicina física y rehabilitación.				
Trasplante renal				
Construcción de 10 habitaciones más en servicio de hospitalización y de nuevos consultorios.				
Vinculación de especialistas por disponibilidad disminuyendo costos.				
Realizar cambio de tecnología de manera programada y con mecanismos de pago como fiducia				
Desarrollar el servicio de cirugía plástica y unidad de trauma, lo que garantiza flujo de dinero efectivo.				
Inscribirse en las mesas de trabajo del cluster de excelencia clínica.				
Ejecutar un proyecto de investigación en innovación para acceder a recursos del gobierno a través de impulsa por medio del cluster.				
Identificación de entidades y mecanismos que facilitan el apalancamiento financiero.				
Presentación de proyecto de atención a víctimas del postconflicto al gobierno nacional				
Realizar estudio de mercado para identificar aseguradoras con mayor población afiliada en el área de influencia.				
Realizar encuesta de opinión con aseguradoras, regímenes especiales y empresa privada para identificar las necesidades de atención.				
Diseñar paquetes de atención según las necesidades del mercado.				
Afiliar la empresa al sistema de atención a las víctimas del conflicto armado como nuevo nicho de mercado				
Diseño de programas y servicios que atiendan las necesidades de la población víctima del conflicto.				
Realizar estudio de costos				
Revisar servicios prestados por proveedores.				
Realizar convenios con proveedores que signifiquen bajos costos.				

Continuación

Actividad / Años	1	2	3	4
Diseñar programa de hospital verde que permita optimizar costos en servicios públicos, papelería, reciclaje; etc.				
Revisar guías de atención con el área asistencial para la optimización del uso de medicamentos regulados.				
Identificar tarifas del mercado para acceder a este con tarifas competitivas				
Crear distribuidora de medicamentos para facilitar negociación con empresas multinacionales y laboratorios				
Formación de fondo de empleados.				
Diseño de programa de promoción interna a través de concursos.				
Diseño e implantación de estrategias de inclusión de la familia de los colaboradores en las actividades recreativas de la clínica.				
Revisión de actividades por cargo				
Medición de tiempos por cargo				

9.5. RECURSOS Y PRESUPUESTO

Actividad	Recursos	Presupuesto	Años			
			1	2	3	4
Ampliación de infraestructura hospitalaria con apertura de servicio como: urgencias, unidad coronaria, unidad de endoscopia, unidad medicina física y rehabilitación, hospitalización y 15 consultorios	Propios. Apalancamiento financiero externo	\$2.700.000.000	80%	20%		
Vinculación de especialistas por disponibilidad disminuyendo costos.	Propios,*Incluido en el proyecto de atención a víctimas del conflicto		100%			
Realizar cambio de tecnología de manera programada y con mecanismos de pago como fiducia	Propios. Apalancamiento financiero externo	\$ 5.700.000	25%	25%	25%	25%
Desarrollar el servicio de cirugía plástica	Propios	\$ 60.000.000	100%			
Inscribirse en las mesas de trabajo del cluster de excelencia clínica.	Propios	\$30.000	100%			
Ejecutar un proyecto de investigación en innovación para acceder a recursos del gobierno a través de INNPULSA por medio del cluster.	Propios	\$ 40.000.000	33%	33%	34%	
Identificación de entidades y mecanismos que facilitan el apalancamiento financiero.	Propios	\$ 5.000.000	100%			
Presentación y ejecución de proyecto de atención a víctimas del postconflicto al gobierno nacional	Propios	\$750.000.000 <i>anual</i>	100%			

Continuación

Actividad	Recursos	Presupuesto	Años			
			1	2	3	4
Realizar estudio de mercado para identificar aseguradoras con mayor población afiliada en el área de influencia.	Propios	\$500.000	100%			
Realizar encuesta de opinión con aseguradoras, regímenes especiales y empresa privada para identificar las necesidades de atención.	Propios	\$ 500.000	100%			
Diseñar paquetes de atención según las necesidades del mercado.	Propios	\$5.000.000	100%			
Afiliar la empresa al sistema de atención a las víctimas del conflicto armado como nuevo nicho de mercado	Propios	\$100.000	100%			
Diseño de programas y servicios que atiendan las necesidades de la población víctima del conflicto.	Propios *Incluido en proyecto de atención a víctimas del conflicto		100%			
Realizar estudio de costos	Propios	\$ 6.000.000	100%			
Realizar convenios con proveedores que signifiquen bajos costos.	Propios	\$2.000.000	100%			
Diseñar programa de hospital verde que permita optimizar costos en servicios públicos, papelería, reciclaje; etc.	Propios y apalancamiento externo	\$66.000.000	25%	25%	25%	25%
Revisar guías de atención con el área asistencial para la optimización del uso de medicamentos regulados.	Propios	\$ 15.000.000	33%	33%	34%	
Realizar benchmarking sobre tarifas del mercado	Propios	\$ 1000.000	100%			

Continuación

Actividad	Recursos	Presupuesto	Años			
			1	2	3	4
Crear distribuidora de medicamentos para facilitar negociación con empresas multinacionales y laboratorios	Propios	\$60.000.000		33%	33%	34%
Formación de fondo de empleados.	Propios	\$10.000.000		50%	50%	
Diseño de programa de promoción interna a través de concursos.	Propios	\$250000	100%			
Diseño e implantación de estrategias de inclusión de la familia de los colaboradores en las actividades recreativas de la clínica.	Propios Donaciones de Proveedores	\$ 10.000.000	100%			
Revisión de actividades por cargo	Propios	\$3.000.000	100%			
Medición de tiempos por cargo	Propios	\$.3000.000		100 %		
TOTAL PRESUPUESTO		\$ 2.988.080.000				

9.6. POLÍTICAS

9.5.1. Financieras.

- ▶ Todos los recursos financieros y económicos serán de procedencia lícita.
- ▶ El gasto será autorizado solamente por la gerencia
- ▶ Las inversiones deberán ser autorizadas por la asamblea de socios
- ▶ La gestión de cartera debe garantizar mínimo el gasto mensual operacional.

9.5.2. Cliente.

- ▶ La Clínica del Río garantizará la satisfacción del cliente externo prestando una atención humanizada y de alta calidad.
- ▶ El servicio de Cirugía plástica solo se prestará a pacientes que adquieran una póliza de seguros contra todo riesgo.

9.5.3. Procesos

- ▶ Todo profesional de salud que se vincule con la institución debe estar avalado para desempeñar sus funciones en todo el territorio nacional
- ▶ Todo profesional médico que labore con la institución debe tener Póliza de responsabilidad Civil.

9.5.4. Innovación y Desarrollo

- ▶ La institución incluirá en su presupuesto anual un rubro encaminado a fomentar la innovación y el desarrollo.
- ▶ La Clínica garantiza como aporte a la comunidad de salud una investigación anual que se socializará en el congreso anual institucional de actualización en salud.

10. CONCLUSIONES

Durante varios años la UCI del Rio ha venido trabajando y ha tenido un crecimiento guiándose con una planeación pensada hasta el año 2016, con este estudio de Planeación Estratégica tenemos la oportunidad de convertirnos en los creadores de una guía para un futuro que se vislumbra difícil pero promisorio. Difícil, por el entorno dinámico y competitivo en que se mueve la organización; con inconvenientes internos que desalinean los esfuerzos y que frenan o disminuyen el logro de los objetivos; pero también, muy promisorio porque este ejercicio nos ha permitido conocer en detalle esos factores externos e internos que podemos aprovechar, controlar o evitar para asegurar el crecimiento y sostenibilidad de la organización, teniendo siempre al ser humano como eje fundamental.

Este trabajo demuestra como siguiendo el proceso sistemático de la planeación estratégica se consigue dar la directriz a la CLÍNICA UCI DEL RIO para alcanzar las metas fijadas orientadas hacia un objetivo final integrando las diferentes áreas institucionales como la financiera, administrativa y asistencial.

El análisis del sector permitió mapear el sistema de salud colombiano donde se concluye que es un sistema con pretensiones de ser altamente incluyente pero con grandes deficiencias de accesibilidad, capacidad instalada y de sostenimiento financiero.

Las debilidades del sector pueden ser convertidas en oportunidades de mejora para los actores del sistema con legislación gubernamental que facilite la puesta en práctica de las políticas de salud.

El análisis interno de la institución permitió identificar que hay una sentida necesidad de liquidez en la clínica que permita la operatividad de los servicios, la ampliación de la capacidad instalada según la demanda, por lo tanto las estrategias planteadas están encaminadas a la solución de dicha necesidad.

A lo largo de este proyecto, la UCI del Rio conoció y utilizó las herramientas más reconocidas, apropiadas y actualizadas para realizar su plan estratégico; su desarrollo, abrió ampliamente el panorama de la organización, presentando una serie de alternativas de crecimiento de manera organizada según su contexto y cronología, lo que permitió llegar a planes de acción específicos que aportarán desde diferentes perspectivas al cumplimiento de los objetivos.

También fue posible la aplicación de conocimientos y habilidades aprendidas durante la maestría tales como Previsión y pensamiento estratégico, Análisis y diagnóstico de entornos, Cultura organizacional y Direccionamiento estratégico. El uso de estos conocimientos unidos a la metodología y herramientas aplicadas permitió que en el caso de la UCI del Río, se definieran de manera coherente y soportada cinco objetivos estratégicos a desarrollar entre los años 2018 y 2021 para consolidar la IPS como líder en la prestación de sus servicios en el Valle del Cauca.

En el presente trabajo, de nuevo se logra demostrar, que la planeación estratégica tiene el potencial de generar una ventaja competitiva, donde el desarrollo de ideas y estrategias se crea de manera sistemática, analítica y eficiente como anunciaba Ansoff y es aplicable a organizaciones del sector salud. Cumpliendo el objetivo general de esta tesis: Diseñar el plan estratégico para la CLÍNICA UCI DEL RÍO S.A. que facilite su competitividad y sostenimiento financiero en el período 2018 – 2021 encontramos muy apropiado el ciclo Fayolista en la administración, se debe prever, organizar dirigir y controlar.

Se utilizaron diferentes modelos estratégicos como la matriz de Ansoff, la matriz BCG, y la matriz de PORTER para linear la propuesta estratégica. La matriz de Ansoff nos permitió edificar nuevos servicios y nuevos clientes así como fortalecer los existentes para establecer estrategias encaminadas hacia la competitividad de la clínica. La matriz BCG mostro como la unidad de cuidado intensivos es el servicio que ha sostenido financieramente la clínica y otros servicios como consulta externa han estado estancado pudiendo ser puerta de entrada de nuevos pacientes.

La matriz de Porter nos invita identificar servicios como Infectología, cirugía cardiovascular y trasplante renal diferenciar la clínica de las otras ubicadas en el área de influencia, optimizando costos y llegando a nuevos nichos de mercado.

Cruzando información de una matriz Ansof, BGC y Porter se logró detallar las actividades para lograr un aumento significativo de pacientes en la IPS UCI del Río, es determinante en el plan de acción ampliar la infraestructura, vincular especialista por disponibilidad, desarrollar nuevos servicio, paquetes de atención y actualizar equipos. El aumento de pacientes puede ayudar a disminuir el pasivo, pero sobre todo en el Plan de acción se debe conseguir nuevos convenios que aseguren mejor flujo de efectivo y financiamientos.

La IPS UCI del Río tendrá como base de su desarrollo, la infraestructura y el crecimiento de su talento humano, quienes utilizarán día a día mejores competencias para obtener un crecimiento integral y utilidades a través de

disminución de costos por pago a terceros, el ofrecimiento de servicios actuales y nuevos, con calidad, a clientes actuales y a nuevos clientes de acuerdo al fortalecimiento de diferentes convenios, el lanzamiento de nuevos servicios que incrementará el campo de acción.

Hay un desafío ahora, comunicar y lograr interiorizar este plan a todos los integrantes de la organización, explicarles cuál deberá ser su rol y participación específica, realizar los cambios en la estructura de la organización para facilitar el cumplimiento de los objetivos y lograr un personal motivado alineando estos objetivos con los de cada persona, si hay nuevas sugerencias analizarlas.

En el ejercicio de benchmarking se identificó que un amplio portafolio de servicios es una práctica de las empresas similares a la clínica que debe ser tomada en cuenta para la formulación de estrategia de competitividad de la clínica.

La clínica tiene fortalecidas estrategias administrativas como precios competitivos, gestión de proveedores, debe fortalecer la gestión financiera y el portafolio de servicios.

11. RECOMENDACIONES

Para continuar robusteciendo la UCI del Rio se debe aumentar la rentabilidad, con las herramientas utilizadas en este estudio se resalta la importancia de hacer análisis de costos periódico, mejorar convenios con proveedores, seguimiento a la optimización de costos. El aumento anual de rentabilidad buscando llegar al promedio del sector salud permitirá seguir robusteciendo la organización tanto en infraestructura como al talento humano, lo que además podría aportar a una cultura de innovación y calidad. Así mismo la satisfacción laboral es crucial para lograr y mantener todo lo anterior detallado en las matrices.

Según Artouf, la planeación estratégica es un proceso continuo donde se deben confrontar los objetivos y los resultados contantes y permanentes realizando ajustes necesarios, por esto recomendamos hacer seguimiento al Plan estratégico tres veces al año para poder corregir lo que sea necesario.

12. BIBLIOGRAFÍA

- (s.f.). Obtenido de Departamento del Valle del Cauca, Colombia:
https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/2/40392/3_V_del_Cauca.pdf
- AKTOUF, O. 2001. La administración: entre tradición y renovación. Cali: Artes Gráficas del Valle.
- Aktouf, O. (1998). *La administración: entre tradición y renovación* (Vol. 3ra. ed). Calí, Colombia: Artes gráficas del valle editores.
- Ansoff, I. (1965). Corporate strategy. New York: McGraw-Hill.
- Ansoff, I. (1976). *La estrategia de la empresa*. Pamplona, España: Universidad de Navarra.
- Betancourt, G. B. (2013). *Direccionamiento estaretegico de organizaciones deportivas*. Cali, Colombia: Escuela Nacional Del Deporte.
- Betancourt, G. B. (2014). *Analisis sectorial y competitividad*. Cali, Colombia: ECOE EDICIONES.
- Cancilleria Colombia. (s.f.). Recuperado el 2017, de <http://www.cancilleria.gov.co/international/politics/cooperation>
- Castaño Germán Albeiro. (2001) *Adaptación: Escuelas de pensamiento en la dirección Estratégica*, Facultad de ciencias y administración Universidad Nacional.
- CEPAL (2008), *Panorama social de América Latina 2005* (LC/G.2288-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.161.
- DANE. (s.f.). *Fuente base de Datos Única de Afiliados*.
- EAM, R. (2009). Reformas de salud. *EAM Revista*.
- El Tiempo. (s.f.). FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD. Recuperado el 2017, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-310982>
- Fayol, H. (1961). *Administración industrial y general*. México: Herrero hermanos ed.
- FOSYGA. (2015). *Presupuesto Dirección Administración de Fondos de la Protección Social, Ley Presupuesto, Estadísticas MSPS, Formulario Único Territorial - FUT. MSPS.* .

- Green, R. (2003). *La responsabilidad social en los negocios. Mitos y Realidades*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- GUERRERO, B. B. (2014). *Análisis sectorial y competitividad*. Cali, Colombia: ECOE EDICIONES.
- GUIA DEL INVERSIONISTA. (14 de 11 de 2017). Obtenido de http://www.ccbuga.org.co/guia_de_inversiones/
- Gregory G. & Dess, G.T. Lumpkin, (2003) *Dirección estratégica: creando ventajas competitivas*. McGraw-Hill.
- MINSALUD. (2016). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co>
- MINSALUD. (JULIO de 2016). www.minsalud.gov.co.
- Mintzberg, H. (1999). *Safari a la estrategia*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Granica.
- MSPS. (2015). *Giro directo IPS*.
- MSPS. (2016). *Credito a EPS*.
- MSPS-PAI. (s.f.). *Indicadores Programa Ampliado de Inmunización*.
- Pacifico, V. (2017). *Via pacifico .com*. Obtenido de <http://www.viapacifico.com.co/buga/>
- Paez, I. (2012). Competencias para el liderazgo gerencial, *Journal Sotavento de la facultad de Administración de Empresas, Universidad Externado de Colombia*, Vol. 1, pp. 78 - 97.
- Pardo del Val Isabel (2005) *Management Estratégico*, ESIC Editorial.
- Porter, M. E. 1996. What is a strategy? *Harvard Business Review* (November-December)
- Procuraduría General de la nación. (s.f.). Recuperado el 2017, de <https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/An%C3%A1lisis%20de%20Coyuntura%20de%20la%20Cooperaci%C3%B3n%20Internacional.pdf>
- PROEXPORT COLOMBIA. (08 de 10 de 2013). *sector salud en colombia*.
- QUEVEDO. 2011. *La responsabilidad social de la empresa en América Latina*. New York: FOMIN.

Ruiz, f. & UprimnY, M. (2012). Sistema de Salud y Aseguramiento Social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. ECOE Editores. Bogotá

Valle, U. d. (2005). *Plan Estratégico de Desarrollo*. Obtenido de <http://saberesygeneros.univalle.edu.co/plandesarrollo2005-2015/contenido/2.analisis-entorno/2-nacional.html>