



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

**Estudio Estratégico Sectorial aplicado en cinco Hospitales Universitarios IV
Nivel de complejidad en la ciudad de Bogotá D.C.**

**FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
MAESTRIA ADMINISTRACIÓN EN SALUD
II COHORTE**

DICIEMBRE DE 2012

AGRADECIMIENTOS

*Nuestros sentimientos de gratitud a la Dra. Ángela Lucía Noguera
por su acompañamiento, dedicación y orientación
durante el desarrollo de este trabajo.*

A nuestras familias por su comprensión y apoyo.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	1
1 INTRODUCCIÓN	3
1.1 Antecedentes	3
1.1.1 <i>Antecedentes históricos de la salud en Colombia</i>	3
1.1.2 <i>Legislación y cronología de la Seguridad Social en Colombia</i>	5
1.1.3 <i>Financiación del sistema de salud Colombiano</i>	8
2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
2.1 Justificación.....	11
2.2 Estado actual del sector	11
2.2.1 <i>Aspectos asistenciales, cifras y tendencias</i>	12
2.3 Sistema de salud y Hospitales Universitarios.....	21
3 OBJETIVOS.....	24
3.1 Generales	24
3.2 Específicos	24
4 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA	25
4.1 Determinación del nivel de Hacinamiento	26
4.2 Levantamiento del Panorama Competitivo	27
4.3 Análisis estructural de las fuerzas de mercado.....	27
4.4 Estudio de Competidores.....	28
5 DESARROLLO DE LA INVESTIGACION.....	29
5.1 Proceso de identificación del sector estratégico	29
5.2 Determinación del nivel de hacinamiento.....	30

5.2.1	<i>Hacinamiento cuantitativo</i>	30
5.2.2	<i>Total Activos</i>	32
5.2.3	<i>Total Patrimonio</i>	33
5.2.4	<i>Total Estado de Resultados</i>	34
5.2.5	<i>Rentabilidad sobre los activos (R.O.A)</i>	35
5.2.6	<i>Rentabilidad sobre el patrimonio (R.O.E)</i>	36
5.2.7	<i>Cálculos Estadísticos</i>	37
5.2.8	<i>Zonas de Desempeño y Cálculos Estadísticos</i>	39
5.2.9	<i>Zonas de Desempeño</i>	42
6	ANÁLISIS CUALITATIVO	44
6.1	Nivel de Imitación	44
7	LEVANTAMIENTO DEL PANORAMA COMPETITIVO	49
7.1	Realización de la Matriz 'T'	49
8	FUERZAS DEL MERCADO.....	52
8.1	Calificación de las fuerzas	54
8.1.1	<i>Nivel de rivalidad entre competidores</i>	54
8.1.2	<i>Poder de negociación de compradores</i>	57
8.1.3	<i>Poder de negociación de proveedores</i>	61
8.1.4	<i>Bienes Sustitutos</i>	64
8.1.5	<i>Riesgo de Ingreso</i>	66
9	DETERMINACION DEL NIVEL DE ATRACTIVIDAD.....	73
10	ESTUDIO DE COMPETIDORES.....	75
10.1	Supuestos del sector	75
10.2	Cálculo del Crecimiento potencial sostenible	77

10.2.1. Crecimiento intrínseco y extrínseco.....	77
10.3 Deltas de Utilidad e Ingreso.....	84
11 CONCLUSIONES.....	87
12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Metas Tasas de Mortalidad infantil y cobertura de vacunación triple viral	12
Tabla 2: Razón de mortalidad materna por cada 100,000 nacidos vivos y porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales.	14
Tabla 3: Prevalencia de infección por VIH/SIDA (15 – 49 años).....	16
Tabla 4: Distribución promedio y por percentiles de la tasa de infección hematológica asociada a catéter central, por 1000 días de catéter, en las UCIs de las Unidades Notificadoras, III nivel de complejidad, Bogotá 2007.....	17
Tabla 5: Capacidad de generar utilidades y el enfoque DuPont	30
Tabla 6: Información histórica para Activos	32
Tabla 7: Información histórica para Patrimonio.....	33
Tabla 8: Información histórica para el Estado de Resultados.....	34
Tabla 9: Información histórica Rentabilidad sobre Activos	35
Tabla 10: ROA – Inflación - DTF	35
Tabla 11: Información histórica Rentabilidad sobre el Patrimonio	37
Tabla 12: Evolución Medidas de tendencia central para el R.O.A.....	38
Tabla 13: Zonas de desempeño 2008, 2009, 2010, 2011	39
Tabla 14: Zonas de Desempeño 2008, 2009, 2010, 2011 y por Hospitales.....	42
Tabla 15: Matriz de ponderación porcentual de las categorías para establecer la imitación	45
Tabla 16: Datos para obtención del Nivel de imitación del sector.....	45
Tabla 17: Nivel de rivalidad entre competidores	56
Tabla 18: Poder de negociación de compradores	60
Tabla 19: Poder de negociación de proveedores	63
Tabla 20: Bienes Sustitutos	65
Tabla 21: Riesgo de Ingreso	71
Tabla 22: Cálculo Crecimiento Potencial Sostenible (2008)	78
Tabla 23: Cálculo Crecimiento Potencial Sostenible (2009)	79
Tabla 24: Cálculo Crecimiento Potencial Sostenible (2010)	80
Tabla 25: Cálculo Crecimiento Potencial Sostenible (2011)	81
Tabla 26: Cálculo Crecimiento Potencial Sostenible, Crecimiento intrínseco y Crecimiento extrínseco (2008-2011)	82
Tabla 27: Resultado agregado del Sector Crecimiento Potencial Sostenible, Crecimiento intrínseco y Crecimiento extrínseco (2008-2010)	84
Tabla 28: Deltas utilidad operativa, ingresos y egresos – Relación utilidad/ingreso e ingreso/utilidad para el sector	85

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Cobertura de vacunación. Colombia (1998-2008)	13
Ilustración 2: Razón de mortalidad materna por cada 100,000 NV. Colombia (1998-2007)	13
Ilustración 3: Porcentaje de atención institucional del parto. Comparativo ENDS (Encuesta Nacional de Demografía y Salud) – EEVV (Estadísticas Vitales) DANE. Colombia 1990 – 2007.....	15
Ilustración 4: Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino por cada 100,000 mujeres. Colombia 1998 – 2007	15
Ilustración 5: Neumonía asociada a ventilador comparativo internacional miembros de INICC. 2002-2005	17
Ilustración 6: Tendencia del Indicador Índice Global de Infección Intrahospitalaria. Períodos 2006II-2009I	18
Ilustración 7: Porcentaje de población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).....	20
Ilustración 8: Tasas de crecimiento promedio efectivo anual para Activos	32
Ilustración 9: Tabla de crecimiento promedio efectivo anual para Patrimonio	33
Ilustración 10: Tabla de crecimiento promedio efectivo anual para Estado de Resultados	34
Ilustración 11: Evolución medidas de tendencia central	38
Ilustración 12: Medidas de tendencia central y zonas de desempeño, 2008	40
Ilustración 13: Medidas de tendencia central y zonas de desempeño, 2009	40
Ilustración 14: Medidas de tendencia central y zonas de desempeño, 2010	41
Ilustración 15: Medidas de tendencia central y zonas de desempeño, 2011	41
Ilustración 16 : Nivel de imitación del sector.....	46
Ilustración 17: Respuestas por niveles, Nivel de rivalidad entre competidores	57
Ilustración 18: Respuestas por niveles, Poder de negociación de compradores	60
Ilustración 19: Respuestas por niveles, Poder de negociación de proveedores.....	63
Ilustración 20: Respuestas por niveles, Bienes Sustitutos	66
Ilustración 21: Respuestas por niveles, Riesgo de Ingreso.....	71
Ilustración 22: Atractividad del sector por barrera de entrada y salida.....	73
Ilustración 23: Respuestas por niveles, Riesgo de Ingreso.....	74

RESUMEN

El estudio estratégico sectorial desarrollado en cinco Hospitales Universitarios de la ciudad de Bogotá D.C., presenta como objetivo general, la aplicación de la metodología de análisis estructural de sectores estratégicos con el propósito de conocer el nivel de hacinamiento del sector, las oportunidades para su desarrollo, el análisis de las fuerzas de mercado y el nivel de atractividad sectorial.

El estudio concluye que la tendencia del sector se encuentra hacia la presencia de equilibrio competitivo y la no existencia de factores diferenciadores entre las organizaciones estudiadas. El análisis sectorial detecta la necesidad de crear oportunidades de desarrollo que permitan a las organizaciones salir de los procesos de imitación en los cuales están inmersos. Finalmente, se resalta la necesidad de fortalecer las relaciones y alianzas entre los competidores, proveedores y compradores.

Palabras clave: Sector estratégico, Estrategia, Hacinamiento, Fuerzas del mercado.

ABSTRACT

The strategic sector study, developed in five university hospitals in the city of Bogotá D.C., presents as general objective the application of strategic sectors structural analysis methodology with the goal of knowing levels of overcrowding, opportunities for its development, analysis of market forces and level of sector attractiveness.

The study concluded that the sector tends to competitive balance; there are no differentiating factors among the participants. It was detected a need to create opportunities for development that allow organizations to come out of the imitation processes in which they are immersed. Finally the study concludes by highlighting

the need to strengthen relationships and alliances between competitors, providers and buyers.

Key words: Strategic Sector, Strategy, Overcrowding, Market forces.

1 INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

1.1.1 *Antecedentes históricos de la salud en Colombia*

Tener en cuenta el contexto histórico de la salud en Colombia cobra importancia porque permite evidenciar los diferentes cambios que se han presentado en el sistema a través de los años. Remontarse a los antecedentes contribuye a entender la situación actual y los orígenes de la problemática, aspectos que facilitarían una proyección pertinente hacia el futuro. En suma, este capítulo pretende mostrar aquellos eventos del pasado del sector salud, con el fin de contextualizar el objeto de estudio del presente trabajo.

En el siglo XVIII, muchos países solo tenían acceso a los médicos calificados y dentro de ellos las personas con altos niveles de ingresos, siendo restringido el acceso para la población en general. Específicamente, se carecía de una organización hospitalaria para la atención de enfermedades, situación que condujo a la aceptación de los conocidos ‘boticarios’ quienes respondían a las obvias necesidades en términos de atención en salud de la gente que enfermaba. A partir de lo planteado por Foucault (1978), es hacia el año de 1760 cuando se comienza a generar conciencia en el sentido de entender al hospital como el lugar destinado para la curación de los enfermos y es quizá desde entonces, que se brinda importancia a este tipo de organizaciones, dejando a un lado el tema de considerarlos simples estructuras arquitectónicas y resaltando en cambio, su papel funcional.

Así como lo menciona Arroyave (2009), lo que hoy en día se concibe como seguridad social tiene su origen en Otto Von Bismark (Siglo XIX), quien diseñó un sistema cuya finalidad era proporcionar protección al trabajador con el objetivo de evitar una revolución. Se dice que en ese entonces fue dictada la ley del seguro de

enfermedad, ley de accidentes de trabajo, ley de invalidez y vejez, seguro que corría a cargo del Estado, el cual era pagado por los ciudadanos a través de los impuestos. Años más tarde, luego de la segunda guerra mundial surge un nuevo concepto en seguridad social que presenta al Estado como total proveedor y generador de bienestar, originado por Sir William Beveridge, economista y político Británico quien publicó el “Informe Beveridge en 1942” (en González 2002), el cual podría considerarse como el pionero de los sistemas modernos de seguridad social y que sirvió de base estructural a las organizaciones de salud a su vez introdujo la salud en el campo de la macroeconomía. González (2002).

Entre tanto, para el caso latinoamericano, es importante establecer que el concepto de seguridad social toma fuerza hacia el año 1819 durante el discurso de Angostura en el que se menciona que el gobierno más perfecto, es aquel que produce mayor suma de felicidad, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad política, como un claro ejemplo de la intención estatal de la época en términos de estructura política, justicia y seguridad social, única concebible en su tiempo (CEPAL, 2003). Posteriormente en España aparecieron los primeros montepíos funcionariales de tipo militar los cuales fueron las primeras organizaciones castrenses del gobierno español con la intención de dar protección a población vulnerable y bajas condiciones, modelo que fue replicado en los países objeto de colonización española. Para el caso de Colombia, se mantuvo vigente hasta aproximadamente el año de 1827, sin embargo, se retomaron por pedido de muchos militares por el desamparo que sufrieron las familias luego de las campañas libertadoras y de la guerra de independencia. Años más tarde, la legislación intenta finalizar los montepíos en 1855 pero en 1890 se crean nuevamente con base en las mismas leyes, una mayor estructuración en cuanto a su organización, administración y servicio (Flórez & Ramos, 1998).

Sumado a lo anterior, la iglesia también juega un papel importante en la atención en salud de caridad, de tal forma que algunas de las órdenes religiosas se especializaban de manera exclusiva en aspectos asistenciales sanitarios. Esto lo

ejemplifica Domínguez (2007), cuando menciona que la Orden de los Hospitalarios se hicieron cargo del primer hospital en Bogotá “*Hospital San Pedro*” (1564), posteriormente “*Hospital de San Juan de Dios*” (1739) como un hospital de caridad en respuesta a las epidemias de viruela sarampión, coqueluche, lepra y peste. En lo posterior surgen nuevas instituciones gracias a la ayuda y fondos provenientes de familias prestantes y de las sociedades médicas de la época, para citar un ejemplo, está el Hospital de San José, construido luego de la fundación de la Sociedad de Cirugía de Bogotá en respuesta a la incapacidad del Hospital de San Juan de Dios para atender el gran número poblacional que enfermaba en aquel entonces (Rey, 2002).

Todo lo anterior, permite dar a conocer la importancia de aquellos aspectos históricos más relevantes en el contexto situacional actual y permitirá adentrarse con mejor entendimiento, no solo en el sector hospitalario sino en el sistema de salud como tal. Esta revisión histórica, proporciona un acercamiento al sistema de salud en Colombia, convirtiéndose de esta manera en sustrato que permita encontrar respuesta a las inquietudes sobre acontecimientos y situaciones actuales del sector.

1.1.2 Legislación y cronología de la Seguridad Social en Colombia

El sistema de salud colombiano ha presentado desde sus orígenes, múltiples cambios que se desarrollan principalmente desde el ámbito legislativo, en donde los temas de tipo asistencial, infraestructura hospitalaria, y la seguridad en salud, cobran especial relevancia. Por dichos cambios y la evolución en el tiempo del sistema, en el presente capítulo se pretende realizar una revisión cronológica que permita evidenciar las diferentes variaciones.

Dentro del sistema de salud se pueden resumir dos eventos claves, el primero, representado por la descentralización de la salud pública que inicia con el decreto 77 de 1987, con la Ley 10 de 1990 y posteriormente con la Ley 60 de 1993 y el

segundo, que considera la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a través de la ley 100 de diciembre de 1993, posteriormente reformada con la ley 1438 de 2011. Igualmente, como lo plantea Torres (2003), históricamente se reconocen tres fases en la prestación de servicios de salud en Colombia: la higiene y asistencia pública, la atención médica privada y previsión y la seguridad social. Sin embargo, es la ley 100 de 1993 uno de los eventos que más impacto ha tenido estructuralmente en el curso del sistema, introduciendo un modelo de aseguramiento que en sus inicios, prometía garantizar la cobertura en salud contemplando la oferta de un paquete básico de servicios para los afiliados, con una orientación hacia la búsqueda de un sistema eficiente, mejor distribución de los recursos y un enfoque hacia la calidad en la atención. Dicha ley, parte del concepto de aseguramiento como una de las herramientas claves para garantizar la cobertura de toda la población.

Según Morales (1997), el sistema de seguridad social en salud venía de un esquema ineficiente y desarticulado que contaba con la seguridad social con cobertura para el 22% de la población y el sistema público con una cobertura limitada para el 40% de la población. Adicionalmente, el 25% de la población no podía acceder a los servicios de salud y el 13% restante pagaba la atención en salud de su bolsillo. Así pues, teniendo en cuenta lo planteado por el mencionado autor, la importancia de la ley 100 se fundamentaba en un modelo de universalidad que cambiaba radicalmente la administración de los servicios de salud y que de alguna manera prometía mejoras en términos de cobertura poblacional (Morales, 1997). Algunos datos que soportan lo planteado datan del año 2000, según Fedesarrollo, para esta época se estimaba que la afiliación al sistema había crecido a un 54% de la población, sin embargo, el reto era grande teniendo en cuenta la proyección de cobertura universal que pretendía la ley.

De igual manera, la meta de universalidad planteada por la ley 100 se esperaba cumplirla a través de tres regímenes, contributivo, subsidiado y planes de atención complementarios. El contributivo, financiado a través de los aportes obrero-

patronales con lo que se cubriría la salud del 60 - 70% de la población. Estos individuos gozan del plan de beneficios de un paquete básico de salud denominado Plan Obligatorio de Salud (POS). El régimen subsidiado, financiado a través de subsidios de demanda de origen fiscal y solidaridad parafiscal, con una meta de cobertura poblacional cercana al 20 - 30%. La población pobre (niveles 1 y 2 del SISBEN) puede acceder al régimen subsidiado con derecho al paquete básico de salud Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) y la población clasificada como vulnerable con acceso gratis a la red pública de atención. Finalmente, los Planes de Atención Complementaria (PAC) regidos por reglas de mercado con una proyección de cobertura poblacional del 10% y voluntario para aquellos con recursos monetarios para obtenerlo con el condicionante de estar afiliados al sistema (Ley 100, 1993).

Adicionalmente, para la administración de los planes de beneficios de cada sistema, dentro de lo estipulado por la ley 100, se cuenta con las siguientes entidades: Entidades promotoras de salud (EPS), Administradoras del régimen subsidiado (ARS), actualmente denominadas entidades promotoras de salud subsidiadas (EPS-S) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) tales como clínicas, hospitales y Empresas Sociales del Estado (ESES). La dinámica de trabajo del sistema consiste en que las EPS y ARS tienen la misión de afiliar grupos poblacionales y reciben un dinero para la administración del riesgo en salud de estas personas. Su principal función es promover la salud de la población, pero además tienen la función de contratar con las IPS para garantizar la atención de la población en casos de siniestralidad (Ley 100, 1993).

Para el año 2011 surge la ley 1438 como una alternativa de reforma al sistema de salud planteado inicialmente en la ley 100 de 1993. Como aspectos relevantes de estos cambios, se encuentra la posibilidad de brindar a los afiliados que sean atendidos en cualquier lugar del territorio nacional, aspecto reconocido como la portabilidad nacional. Adicionalmente, la unificación de los planes contributivo y subsidiado, proceso con el cual se pretende avanzar en atención primaria en

salud, brindar importancia a la de los menores, mujeres y aquellos víctimas de violencia física o sexual; se crean las juntas científicas de pares para la emisión de conceptos en los casos que lo ameriten y se estructura el fondo de salvamento y garantías para el sector salud “FONSAET”, el cual tiene como objeto cubrir el pago de las obligaciones que no puedan ser asumidas por las Empresas Sociales del Estado intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud con financiamientos de hasta el 20% y con prohibición del cobro de multas por inasistencia (Ley 1438, 2011).

Por último, en dicha reforma se definen acciones tendientes a optimizar la calidad, el uso y acceso a medicamentos y dispositivos médicos así como medidas regulatorias en los precios de los mismos y es creado el instituto de evaluación de tecnologías de naturaleza mixta en el cual pueden participar empresas privadas y está destinado a evaluar tecnologías en salud con base en la evidencia. Se refuerzan las funciones de vigilancia y se le da una mayor importancia a la Superintendencia Nacional de Salud.

1.1.3 Financiación del sistema de salud Colombiano

Con el propósito de entender cómo funciona en términos generales la financiación del sistema, es importante hacer una breve reseña acerca de la evolución de los mecanismos de financiación del sector. Para explicar lo anterior, la historia se divide en dos momentos: el primero, en el cual los recursos que se entregan a los hospitales y que está enmarcado dentro del modelo denominado “*subsidio a la oferta*”, en donde no se relaciona el tipo ni la cantidad de pacientes atendidos con el volumen y calidad de los servicios producidos. Un segundo modelo que se implementa a partir de la ley 100 de 1993 el cual se denominó “*subsidio a la demanda*”, en el cual los hospitales públicos debían implementar estrategias encaminadas a la búsqueda de la sostenibilidad, se les eliminó además la disponibilidad de los recursos los cuales se entregaban automáticamente.

A su vez, las EPS reciben una unidad de pago por capitación (UPC) o prima ajustada por riesgo por cada afiliado, dicha unidad de pago está destinada a financiar la prestación de los servicios, mecanismo definido en la nueva ley, como “*subsidio a la demanda*”. La estructura financiera de este subsidio es tripartita, es decir, financiado por trabajadores, empleadores y el Estado. Así mismo, aquellos trabajadores con mayor capacidad de pago contribuyen en proporción a sus ingresos con el propósito de subsidiar a la población más pobre. Los recursos son administrados y distribuidos por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), entidad adscrita al Ministerio de Salud.

El modelo financiero del sistema estima que el régimen contributivo dirigido al grupo poblacional con capacidad de pago, genere los recursos económicos para la población cuyo aporte es insuficiente, lo que en la ley se denomina, Compensación. Así mismo, desde este régimen se generan los recursos económicos para la cobertura en salud de la población pobre y menos favorecida, mecanismo denominado Solidaridad.

1.1.3.1 Financiación y operación del subsistema público

Para Morales (1997), antes de la implementación de la ley 100, el sector público atendía el 70% de la población, a pesar de esta situación, solamente el 45% obtenía atención en salud. Según el autor, el Estado era quien se encargaba de la financiación y dispersión de los recursos (situado fiscal), los cuales se distribuían de acuerdo con factores poblacionales y de pobreza de cada uno de los Departamentos y estos a su vez, a sus municipios, sin embargo, el flujo de los recursos realmente dependía de la influencia que pudiera ejercer los gobiernos locales al respecto, esta práctica generó un desequilibrio en la distribución de los recursos, para los hospitales públicos, estas apropiaciones correspondían al 80% del presupuesto y en algunos casos el 100%.

Los impuestos estatales hacían parte del paquete de financiación del sistema y la administración se encontraba a cargo de los gobiernos departamentales, en tanto que la cantidad de recursos disponibles por este concepto estaban en función de la capacidad de producción de los Departamentos, luego, existían fuentes de financiación con una representación de menor importancia, las cuales también contribuían a la operación del sistema.

1.1.3.2 Financiación y operación del sistema a partir de 1993

Con la aparición de la ley 100, en esta instancia, el estado deja de ser el único actor y permite la creación de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), organismos con plena libertad, en términos de libre competencia. Por otra parte, desaparece la seguridad social pública y privada y se implementan los regímenes contributivo, subsidiado y vinculados, a su vez, se crea el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), responsable de la administración de los recursos del sistema y se encomienda en las EPS el recaudo y administración de los recursos, los cuales son propiedad del sistema.

En síntesis se observa la evolución del sistema frente a los mecanismos que se han implementado para lograr la sostenibilidad de los modelos adoptados en cada momento histórico. Es evidente que la capacidad de generación de recursos financieros por parte del estado no fue suficiente para un funcionamiento adecuado, es por esto que se involucraron a las diferentes partes, es decir, empleados y empleadores en función del financiamiento. Esta estructura financiera buscó lograr la cobertura no solo de la población que tiene acceso a empleos formales, trabajadores independientes, sino también a población de bajos recursos. Aunque el principio del modelo es bueno, actualmente se observan dificultades en los flujos de los recursos, derivados de la intermediación financiera y el desbalance de quienes aportan frente al crecimiento de la población de bajos recursos.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 Justificación

En el sector de las instituciones prestadoras de salud, se administra una extensa lista de indicadores, ya sea porque la normatividad así lo exige, o porque el análisis financiero u otro tipo de análisis al interior de las organizaciones así lo requiere, por otra parte, en términos generales, estas organizaciones manejan desde el punto de vista jurídico, figuras como las fundaciones y corporaciones que implican un ánimo sin lucro, es decir, que todo aquel excedente que pueda generarse desde su operación, debe reinvertirse en su principal objeto social. Lo anterior no obsta, para que la perdurabilidad sea uno de los principales objetivos y en consecuencia la necesaria obtención de ganancias y el flujo de caja adecuado permitiendo la autogeneración, y en consecuencia darle vida a la operación, efectuar inversiones de mantenimiento, inversiones de tecnología de punta y generación de ahorros para el futuro.

Estructuralmente, los hospitales y clínicas, tienen un gran porcentaje de su patrimonio, respaldado por activos fijos y cartera generada por la prestación de los servicios a los diferentes clientes aseguradores, así las cosas, los administradores de estas instituciones, tienen como responsabilidad, lograr el mejor aprovechamiento de estos recursos que son los principales y mayores activos de las instituciones.

2.2 Estado actual del sector

Para definir la situación actual del sistema de salud y del sector hospitalario es necesario enfocarlo desde varias perspectivas, tales como: aspectos asistenciales, calidad en salud, aspectos financieros y cobertura en salud. De esta manera, en el presente capítulo se expondrá información con tendencias, cifras y estadísticas basados en el *“Informe de cumplimiento de Los Objetivos de Desarrollo del*

Milenio, II Informe de Seguimiento (2008)” y el informe de calidad en salud “*1er. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud. INCAS Colombia (2009)*”. Todo lo anterior permitirá comprender la situación del sector en los aspectos ya mencionados.

2.2.1 Aspectos asistenciales, cifras y tendencias

Dentro de los objetivos del milenio se encuentran temas tales como la reducción de la mortalidad en menores de 5 años que contempla también la mortalidad infantil (menores de 1 año) y la cobertura en vacunación, el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva, aspectos de mortalidad materna, controles prenatales, atención institucional del parto por personal calificado, mortalidad por cáncer de cuello uterino, lucha contra el VIH/SIDA, la Malaria y el Dengue, entre otros. Luego, teniendo en cuenta dichos objetivos, a continuación se exponen algunas de las estadísticas que proporciona el Departamento Nacional de Planeación publicadas en el 2008. En primera instancia la Tabla 1 muestra las cifras relacionadas la reducción de la mortalidad infantil, observando una disminución en las tasas en menores de 5 años y llegando muy cerca a lo establecido en la Meta para 2015. Así mismo, se observa que la tasa de mortalidad en menores de 1 año muestra un descenso importante acercándose a la meta establecida.

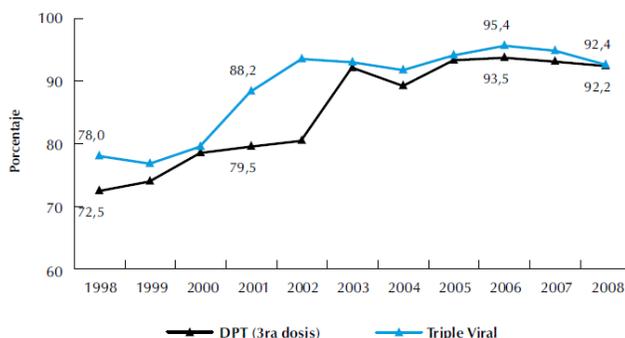
Tabla 1: Metas Tasas de Mortalidad infantil y cobertura de vacunación triple viral

Indicador	Línea de base	Situación actual	Meta 2015
1. Mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos)	37,4	18,5	17
	1990	2007	
2. Mortalidad en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos)	30,8	15,3	14
	1990	2007	
3. Cobertura de vacunación (Triple Viral)	92%	92,4%	95%
	1994	2008	

Fuente: Los objetivos de desarrollo del Milenio, II informe de seguimiento (2008)

Al mismo tiempo, respecto a la cobertura de vacunación, la ilustración 1 muestra la mejoría del indicador, lo cual según el informe, ha sido producto de una mayor disponibilidad que se ha tenido en el sistema para obtener los insumos biológicos y los recursos destinados por los diferentes departamentos del país.

Ilustración 1: Cobertura de vacunación. Colombia (1998-2008)



Fuente: Los objetivos de desarrollo del Milenio, II informe de seguimiento (2008)

A su vez, con respecto a los aspectos de cobertura de vacunación poblacional, el informe menciona que el 32,4% de los departamentos reportan coberturas de vacunación iguales o superiores al 95% para tripe viral y el 31,2% para DPT (3ª dosis). Por otro lado, en lo concerniente a las mejoras de la salud sexual y reproductiva, en la ilustración 2 puede observarse que existen mejoras en los índices de mortalidad materna por cada 100,000 nacidos vivos, cifra que presentó disminución de 18,3 puntos entre los años de 1998 a 2007, sin embargo, dicha situación aún se encuentra lejos de la meta establecida (45,0).

Ilustración 2: Razón de mortalidad materna por cada 100,000 NV. Colombia (1998-2007)



Fuente: Los objetivos de desarrollo del Milenio, II informe de seguimiento (2008)

Adicionalmente, para el año 1998 la prevalencia de las causas de mortalidad materna correspondía a Eclampsia en un 35% de los casos, complicaciones durante el trabajo de parto y parto el 25% y a embarazos terminados en aborto el 16%, causa que en su mayoría se consideran prevenibles. Lo anterior, coincide con el estado de los indicadores del cumplimiento de cuatro o más controles prenatales que sería lo mínimo exigido durante la gestación. Como puede observarse en la tabla 2, este indicador fue de 66% en 1998 y de 75,6% en 2007 y para 2015 se espera sea del 90%. Cabe concluir que dicho cumplimiento de acuerdo a estas cifras no estaría ocurriendo.

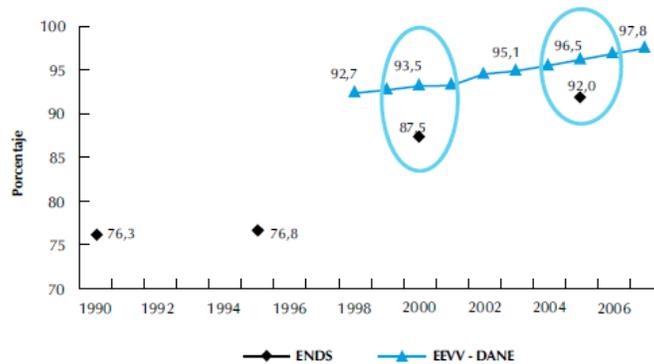
Tabla 2: Razón de mortalidad materna por cada 100,000 nacidos vivos y porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales.

Indicador	Línea de base	Situación actual	Meta 2015
1. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	100,0	75,6	45,0
	1998	2007	
2. Mujeres con cuatro o más controles prenatales	66,0%	78,2%	90,0%
	1990	2007	

Fuente: Los objetivos de desarrollo del Milenio, II informe de seguimiento (2008). Modificado Santana, Piza (2012)

La meta para el año 2015 fue establecida para un 95% de atención de partos en instituciones de salud y por personal calificado, meta que fue cumplida antes de lo previsto como puede evidenciarse en la ilustración 3, la cual presenta una curva con tendencia ascendente, con la novedad que en 2003, el 95,1% de los partos se atendieron en instituciones de salud. Adicionalmente, esto ratifica que la atención del parto por personal idóneo puede contribuir a la disminución de la razón de la mortalidad materna.

Ilustración 3: Porcentaje de atención institucional del parto. Comparativo ENDS (Encuesta Nacional de Demografía y Salud) – EEVV (Estadísticas Vitales) DANE. Colombia 1990 – 2007



Fuente: Los objetivos de desarrollo del Milenio, II informe de seguimiento (2008)

Una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en la mujer, la constituye el cáncer de cuello uterino y se ha avanzado en términos de disminución de la tasa de mortalidad por esta causa, sin embargo, aún es mucho lo que falta por hacer para el cumplimiento de la meta establecida de 5,5 muertes por cada 100,000 mujeres.

Ilustración 4: Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino por cada 100,000 mujeres. Colombia 1998 – 2007



Fuente: Los objetivos de desarrollo del Milenio, II informe de seguimiento (2008)

Uno de los objetivos del milenio tiene relación con la lucha en contra de enfermedades tales como el VIH/SIDA, la Malaria y el Dengue. Así, en la tabla 3 puede observarse que desde el año 2003 la meta establecida del <1,2% se cumple con un índice del 0.65%. De acuerdo a las proyecciones del observatorio

nacional de VIH/SIDA del MSP, se estima que la enfermedad para el 2015 estaría en el 0,7% en población entre los 15-49 años.

Tabla 3: Prevalencia de infección por VIH/SIDA (15 – 49 años)

Indicador	Línea de base	Situación actual	Meta 2015
1. Prevalencia de infección de VIH/SIDA en población de 15 a 49 años	0,65%	0,65%	< 1,2%
	2003	2003	

Fuente: Los objetivos de desarrollo del Milenio, II informe de seguimiento (2008). Modificado Santana, Piza (2012)

Adicionalmente, se observa como el cumplimiento de la meta establecida del <1,2%, se viene dando desde 2003 en un 0,65%. De acuerdo a las proyecciones del observatorio nacional de VIH/SIDA del MSP, se estima que la enfermedad para el 2015 estaría en el 0,7% en población entre los 15-49 años.

De otro lado, todas las cifras e indicadores hasta ahora revisados, evidencian resultados que están estrechamente relacionados con la Calidad del sistema de salud, característica que desde sus diferentes aristas impacta no solo en la salud de la población sino también en el desarrollo económico del país. Relacionado con lo anterior, el Ministerio de la Protección Social trabaja enfocado al mejoramiento de la calidad en salud, lo cual se puede comprobar de forma tangible en el proceso de implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad como normatividad vigente.

Se tiene entonces que dentro de la característica considerada “*calidad en salud*”, se contemplan tres atributos de la calidad, mismos que se describen en el 1er Informe Nacional de la Calidad: “*INCAS Colombia 2009*”. El atributo de seguridad del paciente (i) y el de experiencia de atención de los usuarios (ii) son los más ligados al ámbito hospitalario mientras que el de efectividad de las atenciones (iii), aplica al cumplimiento de metas de calidad del sistema de salud como tal. En lo que respecta a seguridad del paciente, el informe *INCAS* incluye indicadores tales como la Tasa de infección del torrente circulatorio asociado a línea central. Se

realizó esta medición en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de tercer nivel en la ciudad de Bogotá en el año 2007 y se estimaron 7,9 casos por 1,000 días catéter.

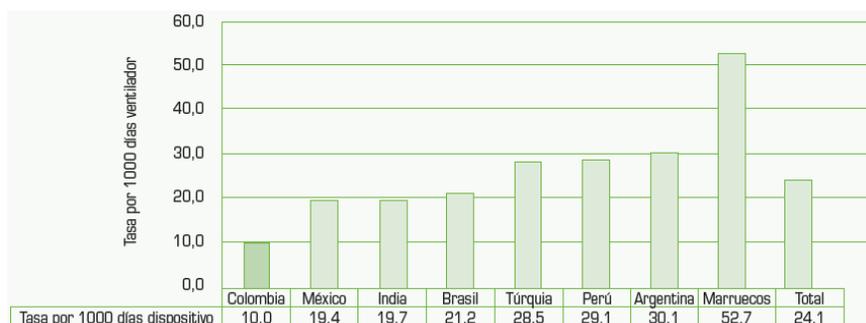
Tabla 4: Distribución promedio y por percentiles de la tasa de infección hematológica asociada a catéter central, por 1000 días de catéter, en las UCIs de las Unidades Notificadoras, III nivel de complejidad, Bogotá 2007

Tipo UCI	Número UCI (%) **	No IHACC *	Días catéter central	Tasa IHACC	Percentiles		
					25	50	75
Adulto	39 (97,5)	793	99118	8	0	1	7,3
Pediátrica	21 (95,5)	78	17236	4,5	0	0	9,1
Neonatal	32(88,8)	366	38168	9,6	0	0	7,5
Coronaria	7 (100)	29	5916	4,9	0	2,9	8,3

Fuente: Boletín epidemiológico distrital de Infecciones Intrahospitalarias 2007

El indicador de tasa de infección hematológica por catéter central, mide de manera directa las infecciones producidas por el uso de catéteres venosos centrales que son los dispositivos más usados en unidades de cuidados intensivos y que constituye una de las infecciones adquiridas en el ambiente hospitalario de mayor gravedad. Se contempla también la medición de la Tasa de Neumonía Asociada al Ventilador (NAV) la cual se constituye la segunda causa de infección en Unidades de Cuidados Intensivos. Según el comparativo Internacional realizado por el Consorcio internacional de control de infecciones nosocomiales, INICC por sus siglas en inglés, entre 2002 y 2005, Colombia se ubicó en el primer lugar con menor NAV por cada 1,000 días ventilador.

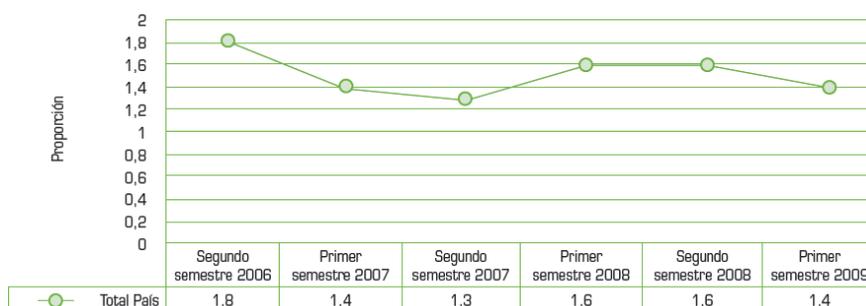
Ilustración 5: Neumonía asociada a ventilador comparativo internacional miembros de INICC. 2002-2005



Fuente: 1er Informe Nacional de la Calidad 2009: "INCAS Colombia 2009"

Por otra parte, una de las infecciones más frecuentes a nivel hospitalario es la de herida quirúrgica, para su medición se ha establecido el indicador de proporción de incidencia del sitio operatorio. El hecho mismo de la hospitalización de un paciente implica un riesgo de adquirir infecciones nosocomiales que son aquellas que se incuban en el ambiente hospitalario. La medición de las mismas mide también indirectamente la calidad del servicio de salud.

Ilustración 6: Tendencia del Indicador Índice Global de Infección Intrahospitalaria. Períodos 2006II-2009I



Fuente: 1er Informe Nacional de la Calidad 2009: "INCAS Colombia 2009"

Según la ilustración 6, entre 2006 y 2009 el indicador de índice global de infección intrahospitalaria se mantuvo en un promedio semestral de 1,25 casos por cada 100 egresos hospitalarios. Otros indicadores que le apuntan a la seguridad del paciente según el informe son la tasa de infección urinaria asociada a catéter vesical y el de endometritis post parto o post cesárea que de alguna manera reflejan la calidad de la práctica médica.

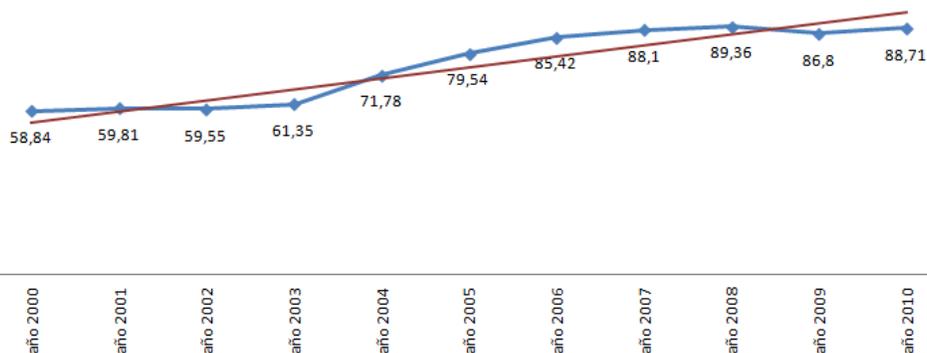
En suma, la intención de las mediciones contempladas en el Informe de calidad y que fueron mostradas en las líneas anteriores, es la de aportar un insumo para el establecimiento de protocolos de manejo tendientes a disminuir aquellos indicadores que están fuera de los estándares y propender de esta manera por la seguridad del paciente. Adicionalmente, dichas mediciones se pueden complementar con otros indicadores del sistema tales como la oportunidad de acceso de los pacientes, la cobertura de afiliación, entre otros que permiten obtener una idea global del estado actual del sistema de salud. A continuación se evaluarán algunos de estos indicadores.

La accesibilidad a los servicios de salud puede entenderse como la facilidad que ofrecen las entidades del sistema para que los pacientes y sus familiares puedan tener acceso a todos los servicios ofertados sin contratiempos. El *informe "INCAS Colombia 2009"* define que la oportunidad en los servicios de salud está entendida como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

De esta manera, el acceso a los servicios de salud es influenciado por algunas variables, según el estudio *"Determinantes del acceso a servicios de salud en Antioquia"* realizado en Antioquia por Mejía (2007), aspectos como la educación, edad, tipo de afiliación al sistema son los que más inciden sobre el acceso a los servicios de salud, mientras que aquellos como el género, estado de salud y ubicación geográfica no incidieron para tratamientos curativos pero sí mostraron incidir para atenciones preventivas (Mejía, 2007). Se observó en el estudio, que los pacientes del régimen contributivo tenían mayores facilidades de acceso comparado con el subsidiado, y concluye mencionando como las barreras económicas se constituyen en el primer obstáculo para acceder a los servicios de salud para los afiliados y no afiliados al régimen subsidiado (Mejía, 2007).

La cobertura de afiliación es el indicador que calcula el número de habitantes del territorio colombiano que se encuentran afiliados al sistema de salud bien sea en el régimen contributivo o en el subsidiado, mismo que en Colombia ha venido en aumento y que según datos del programa de la fundación Corona y la Fundación Santafé de Bogotá, *"Así Vamos en Salud"*, el cual tiene como propósito contribuir a mejorar la salud de los colombianos a través del seguimiento, evaluación y difusión de los resultados del sector salud, el crecimiento en 10 años ha sido del 66%.

Ilustración 7: Porcentaje de población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)



Fuente: Seguimiento al sector salud en Colombia “Así vamos en Salud” (Modificada por Santana, Piza (2012))

Es de anotar, que la meta planteada en la ley 100 era que para el año 2000 se debía haber logrado la cobertura universal, sin embargo, dado que 8 años después esto no se había logrado, el Estado bajo la rectoría del Ministerio de la Protección Social, inicia la tarea de lograr la universalidad en cobertura en salud y en la actualidad se estima que las cifras están cercanas al 97%.

Por último, esta revisión de indicadores permite concluir que si bien, se han presentado mejoras sustanciales en algunas cifras, aún es mucho lo que falta por hacer para alcanzar las metas establecidas. Lo anterior, puede ser interpretado como una incapacidad del sistema para generar una respuesta asertiva a las necesidades de la población en términos de salud. De igual manera, el origen del problema puede estar dado por aspectos multifactoriales de orden administrativo y directivo por parte de los diferentes actores. En síntesis, lo expuesto pone en evidencia las carencias del sistema, reflejando baja eficiencia y una gestión no efectiva en lo que a cumplimiento de los objetivos se refiere. Es evidente el trabajo que se ha hecho para lograr los incrementos en cobertura poblacional, sin embargo, cuando se pone esto se relaciona con la baja calidad en la atención en salud, el resultado es crítico por las implicaciones que esto tiene en términos de la deficiente salud poblacional por un lado y el detrimento de sus indicadores socioeconómicos por el otro.

En conclusión, dado el incremento de la población cubierta con lo que ello implica en términos de aportes económicos al sistema de salud y teniendo en cuenta la revisión de las cifras, resulta poco probable pensar que la crisis del sistema tenga orígenes en una carencia de recursos monetarios. Por el contrario, lo anterior conduciría plantear la hipótesis que el problema puede radicar en el flujo y la distribución de dichos recursos, luego, ahondar en el conocimiento del comportamiento de las organizaciones que hacen parte del sistema contribuiría en la detección de problemáticas de fondo comprometen la viabilidad del sistema de salud en Colombia.

2.3 Sistema de salud y Hospitales Universitarios

Hasta el momento, se ha realizado una revisión general del sistema de salud, modificaciones y cambios a través de la historia y algunas cifras e indicadores, sin embargo, dado que el estudio se encuentra dirigido al sector estratégico de los hospitales universitarios de IV nivel en la ciudad de Bogotá, en el siguiente aparte se realizará una evaluación de la interacción existente entre el papel del estado, el sistema de salud como tal y los Hospitales Universitarios, lo anterior con el fin de brindar sentido a la realización de investigaciones relacionadas con conocer el comportamiento de las organizaciones del sistema desde la Administración. De manera general, los hospitales universitarios son usualmente vistos como entidades de tipo académico, de ciencia e investigación en salud y no tanto como instituciones prestadoras que hacen parte importante de la estructura del sistema de salud en Colombia.

Dando una mirada a la historia de la educación médica, en el caso de los Estados Unidos de Norteamérica, Según Cooke y Irby (2002) hacia el año 1870 la mayoría de aspirantes a médicos tenían que viajar a Alemania, para 1876 se da la llamada “*Revolución Universitaria*” con la implementación del modelo alemán y en 1893 se funda la escuela médica de John Hopkins que fue exitosa dado su lema de “*Aprender Haciendo*”. Luego, la historia y la dinámica de la educación en salud a

nivel mundial ha sido siempre una preocupación, un ejemplo de ello es el artículo de revisión del *New England Journal of Medicine* “Educación Médica en Norteamérica, 100 años después del reporte Flexner” publicado en 2006, en el cual se resumen los principales cambios que tuvo la educación en el siglo pasado y concluye describiendo los retos de la misma en la actualidad. Igualmente lo plantea Pinzón (2008), cuando menciona la tecnología como uno de los paradigmas de la educación médica en Latinoamérica a través de la historia.

A partir de lo anterior, se establece que la formación en salud va de la mano con el desarrollo social, los avances de la ciencia y la tecnología en un país, sin embargo, la salud como ciencia, es un conocimiento de tipo técnico que nunca puede estar distante del diseño de políticas sociales en salud sino que por el contrario debe hacer parte integral del mismo. A través de la investigación, de la observación y el análisis epidemiológico, se pueden generar políticas en favor de la sociedad que permitan un sistema de salud fortalecido, entonces, se hace necesario que la investigación en salud brinde respuesta a las necesidades de los sistemas de salud de las naciones y de manera recíproca el sistema debe promover y estimular todas aquellas políticas que permitan la viabilidad de las instituciones hospitalarias.

Así las cosas, los aspectos a destacar de lo mencionado hasta el momento se resumirían en tanto que, si bien el sistema de salud toma un enfoque más integral una vez se lleva a cabo la descentralización de la salud en 1987, es solo hasta 1993 cuando se crea un sistema con una estructura más clara en términos de seguridad social, con otra proyección en cuanto a cobertura poblacional se refiere y con un modelo de atención enmarcado dentro de un paquete de salud definido. Otro aspecto es el componente de solidaridad del nuevo modelo, que permitía subsidiar al grupo poblacional sin recursos para aportar al sistema.

Analizados los aspectos que se deberían mejorar en los indicadores asistenciales, de calidad y dado que el sistema en general tiene muchas variables susceptibles

de mejora, resulta pertinente desde el campo administrativo aportar en la identificación de problemáticas que comprometen la perdurabilidad organizacional y sectorial. En este orden de ideas, el realizar un análisis estructural de sectores estratégicos para los hospitales de IV nivel en la ciudad de Bogotá, significaría un avance en el camino por brindar respuestas que permitan mejorar el desempeño de estas organizaciones y en términos precisos evaluar su comportamiento estratégico.

3 OBJETIVOS

3.1 Generales

Desarrollar un estudio sectorial basado en la metodología de análisis estructural de sectores estratégicos para cinco hospitales universitarios de Bogotá.

3.2 Específicos

- Determinar el nivel de hacinamiento del sector estratégico de cinco hospitales universitarios en la ciudad de Bogotá.
- Determinar las oportunidades de desarrollo del sector estratégico.
- Establecer el nivel de intensidad de las fuerzas del mercado del sector estratégico.
- Identificar la posición estratégica de las empresas que componen el sector.

4 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA

La metodología empleada para el desarrollo del presente trabajo está basada en la propuesta del Análisis Estructural de Sectores Estratégicos de Restrepo & Rivera (2008), la cual busca orientar acerca de cómo se podría a partir de la utilización de las cuatro pruebas allí manejadas, determinar el comportamiento sectorial, la situación de las organizaciones respecto al sector y visualizar las estrategias que pueden implementarse de acuerdo con los resultados, mejorando resultados financieros, comerciales, operativos, de portafolio de servicios y logrando en el tiempo una mejor posición dentro del sector estratégico. La visión de esta metodología permite realizar interpretaciones particulares de cada una de las organizaciones, así como de su entorno.

En primera instancia la propuesta de Restrepo y Rivera (2008) plantea el proceso de identificación del sector estratégico que consiste en delimitar el grupo de las empresas que pertenecen al sector, de acuerdo con las características que se enuncian a continuación:

- Ubicación geográfica de las empresas del sector estratégico
- Tipo de productos y servicios con los cuales las empresas compiten
- La clasificación CIIU de la actividad económica
- La normatividad por la cual es regulado el funcionamiento
- Los proveedores de las empresas del sector
- El tamaño de las empresas y nivel de ventas.

Una vez identificado el sector estratégico, se procede a la realización del análisis, el cual está conformado por la aplicación de cuatro pruebas: Análisis de Haciamiento, Levantamiento del Panorama Competitivo, Análisis estructural de las fuerzas de mercado y Estudio de Competidores, las cuales permitirán obtener

un mejor conocimiento acerca del entorno sectorial. A continuación se realiza una breve descripción de cada una de las pruebas.

4.1 Determinación del nivel de Hacinamiento

De acuerdo con Restrepo y Rivera (2008), el hacinamiento es una patología sectorial en la cual la rentabilidad de las organizaciones pertenecientes al sector se erosiona, la rivalidad se aumenta, se presentan síntomas de imitación ratificada en el tiempo (hacinamiento), la cual si permanece, conlleva a la mortalidad y a la concentración del mercado en pocas manos. Para llevar a cabo esta prueba, se deben desarrollar cinco pasos, estos son tomados de la referencia bibliográfica mencionada.

- **Hacinamiento cuantitativo:** Este análisis que tiene en cuenta la asimetría financiera se realiza para tener conocimiento de cómo se distribuyen los datos financieros de las organizaciones pertenecientes al sector estratégico, alrededor de sus medidas de tendencia central (media aritmética, mediana y moda) y determinar el grado de asimetría en los resultados financieros del sector estratégico escogido.

Como fundamento para los cálculos de la prueba se tiene en cuenta el indicador R.O.A, conocido como Rendimientos sobre los Activos. Este reconoce la rentabilidad de las ventas en término de margen neto de utilidad y la eficiencia de los activos en términos de rotación del activo total, permitiendo efectuar un análisis de eficiencia a nivel global.

- **Hacinamiento cualitativo:** El concepto de convergencia estratégica indica que cada uno de los actores del sector, se dirigen hacia un mismo punto, es decir, que desarrollan actividades similares y estrategias semejantes con el ánimo de buscar mejores desempeños. Este análisis se efectúa puesto que cuando se presenta la imitación a lo largo del tiempo, el grado de hacinamiento tiende a ser alto. Este análisis permite a las organizaciones

dar otra mirada a su actividad y aprovechar mercados no explotados, reorientando sus actividades.

La prueba se realiza con el análisis de las variables escogidas relacionadas con las 4P's y asignándoles un peso porcentual a cada una de ellas estableciendo tres niveles. No presenta imitación, imitación parcial e imitación total.

4.2 Levantamiento del Panorama Competitivo

Este instrumento es un complemento de la prueba de hacinamiento, que permite identificar el panorama sectorial y la ubicación de las manchas blancas dentro del sector estratégico, es decir, aquellos espacios que aún no han sido explotados por las organizaciones del sector y que se convierten en espacios y posibilidades para desarrollar estrategias de cara a lograr diferenciación, mejor posicionamiento, alejándose del hacinamiento y en consecuencia de situaciones que contribuyen a la erosión de la rentabilidad, (Restrepo y Rivera, 2008).

Para realizar este análisis se utilizan tres vectores: necesidades, canales y variedades. Las necesidades se asocian a aquellas que se satisfacen en el sector, los canales de distribución corresponden a los mecanismos a través de los cuales los usuarios adquieren un producto o servicio y las variedades incluyen la totalidad de productos o servicios que se ofrecen dentro del sector.

4.3 Análisis estructural de las fuerzas de mercado

Esta prueba se basa en la aplicación del modelo de *“las cinco fuerzas de mercado”* (Porter, 2008) y la evaluación de dichas fuerzas, clasificadas como: el riesgo de ingreso de nuevos participantes, el poder de negociación de los proveedores, el nivel de rivalidad de los competidores, el comportamiento de los bienes sustitutos y el poder de negociación de los compradores.

La propuesta permite establecer la atractividad del sector en términos del tamaño de la barrera de entrada y salida; por otra parte, los resultados evidencian las razones a las cuales obedece el comportamiento de la rentabilidad, respuestas que las altas direcciones de las organizaciones están buscando constantemente (Restrepo y Rivera, 2008).

Los pasos a desarrollar son los siguientes:

- Identificación de las fuentes de cada fuerza del mercado
- Calificación de cada fuente de las fuerzas
- Elaboración del diagnóstico por fuerza
- Definición del comportamiento global de las fuentes

4.4 Estudio de Competidores

Permite identificar la posición estratégica de cada competidor o empresa que conforma el sector facilitando llegar a conclusiones de acuerdo con los análisis cuantitativos y cualitativos descritos anteriormente. La base de los análisis de los competidores del sector parte de los estados financieros de cada una de las organizaciones y a partir de ellos se realizan los cálculos del crecimiento potencial sostenible, el cálculo de las variaciones de los estados de resultados financieros y los índices de erosión de la estrategia y la productividad (Restrepo y Rivera, 2008).

5 DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

5.1 Proceso de identificación del sector estratégico

Se parte de la identificación del Sector Estratégico con la definición de cinco Hospitales Universitarios de IV nivel de complejidad en Bogotá, el cual se define de la siguiente manera:

De acuerdo con el decreto 1760 de 1990 los Hospitales de tercer y cuarto nivel de complejidad son instituciones con tecnología de alta complejidad, atendidas por personal especializado y sub especializado, con infraestructura y personal capaz de brindar atenciones complejas a la población, prestando servicios médico quirúrgico en hospitalización o ambulatoria a los usuarios afectados por patologías complejas que requieren cuidados especializados sofisticados (Decreto 1760/1990). Las instituciones elegidas, obedecen a la anterior característica y tienen en común que pertenecen al sector privado, atendiendo principalmente población afiliada al régimen contributivo y con sede de operación en la ciudad de Bogotá.

Por último, el filtro de análisis corresponde a que se identifiquen como Hospitales Universitarios, que de acuerdo con el Ley 1438 de 2011, estos, son Instituciones Prestadoras de Salud que proporcionan entrenamiento universitario, enfocado principalmente en programas de posgrado, supervisado por autoridades académicas competentes y comprometidas con las funciones de formación, investigación y extensión, (Ley 1438, 2011). Cabe aclarar que por la confidencialidad de la información, los nombres de las organizaciones motivo de estudio no pueden ser reveladas.

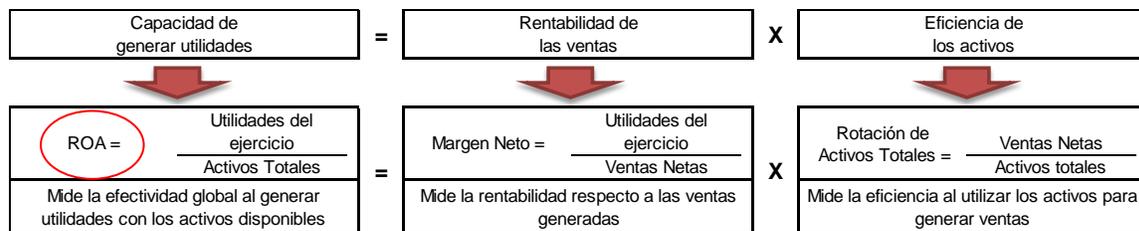
5.2 Determinación del nivel de hacinamiento

5.2.1 Hacimientos cuantitativo

De acuerdo a la metodología del análisis estructural de sectores estratégicos, el hacinamiento cuantitativo permite identificar el grado de asimetría financiera de las instituciones que conforman un sector, para la aplicación de la prueba se debe identificar el indicador marcador para calcular la asimetría, efectuar los cálculos correspondientes con base en la información recolectada en una serie de tiempo mínimo de tres años para evidenciar las variaciones. Con base en los resultados se desarrollan los cálculos estadísticos ubicando los hospitales en las zonas de hacinamiento establecidas por la metodología y finalmente se presentan las ilustraciones y análisis correspondientes.

Para este trabajo se toman como referencia los cinco hospitales y la información financiera de ellos correspondiente a los años 2008, 2009, 2010 y 2011. De acuerdo con la metodología para esta prueba, a continuación, en la Tabla 5 se puede evidenciar como el indicador elegido (R.O.A.), reconoce toda la operación financiera de las organizaciones y es por esta razón que se considera como el indicador adecuado para determinar la asimetría financiera del sector.

Tabla 5: Capacidad de generar utilidades y el enfoque DuPont



Fuente: Fundamentos de administración financiera (Van Horne y Wachowicz, 1994)

En la tabla 5, se observa que la construcción del indicador resulta de obtener la proporción de utilidades del ejercicio frente a los activos totales, sin embargo, visto

desde otra óptica, el producto entre la rentabilidad de las ventas y la eficiencia de los activos permite lograr el cálculo del R.O.A, reconociendo que este indicador evalúa de forma integral el comportamiento de las organizaciones.

Una vez elegido el R.O.A., se hacen los cálculos históricos para cada uno de los Hospitales, con base en los resultados se realizan los cálculos estadísticos, los cuales incluyen: media, mediana, cálculo del tercer cuartil, desviación estándar y coeficiente de variación. Los cálculos estadísticos tienen como propósito poder ubicar a los Hospitales, en las diferentes zonas de desempeño, las cuales determinan en que estado se encuentran.

- Zona de desempeño superior. Hospitales cuyo indicador financiero (R.O.A) sea superior al tercer cuartil.
- Zona de desempeño medio, representando resultados financieros regulares y su ubicación se encuentra entre el tercer cuartil y la mediana.
- Zona de morbilidad, es decir, un Hospital que se encuentra enfermo, pero con la capacidad de poder hacer algunos cambios y poder salir de esta situación. En esta zona se ubican cuando la media del indicador financiero es menor que la mediana, en caso que media sea mayor que la mediana, se considera en un estado de morbilidad alta.
- Zona de perdurabilidad comprometida, considera aquellos Hospitales cuyo indicador financiero esté por debajo de la media y la mediana, pero con un comportamiento positivo.
- Zona tanática, se refiere a Hospitales que están en una situación financiera tan difícil, que podrían llegar a desaparecer, se encuentran en un estado de destrucción. El indicador financiero será siempre negativo.

Para la construcción de los indicadores, la información se ha estructurado de acuerdo con la disponibilidad de la misma, la serie de tiempo, que idealmente debería haberse construido con al menos 5 años de historia, se restringe en la medida que los hospitales B y C no reportan información o sus operaciones

iniciaron durante el año 2008. De acuerdo con lo anterior, se tomó la información correspondiente a los años 2008, 2009, 2010 y 2011. Es importante advertir de nuevo, que por razones de confidencialidad, los nombres de las instituciones fuentes de la información que se presenta durante el desarrollo de la investigación, se mantendrá bajo reserva.

A continuación se presenta la información de las principales variables analizadas, obtenidas tras la búsqueda de información disponible en las publicaciones en las páginas web de las instituciones y fuentes directas de las organizaciones. Cabe aclarar que las cifras están expresadas en miles de pesos.

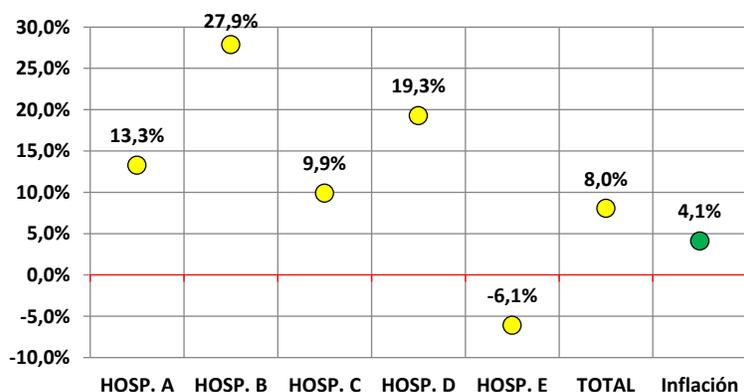
5.2.2 Total Activos

Tabla 6: Información histórica para Activos

ACTIVOS				
EMPRESA	2008	2009	2010	2011
HOSPITAL A	73.971.293	85.679.278	98.918.200	107.498.300
HOSPITAL B	25.088.745	36.949.413	48.644.489	52.441.191
HOSPITAL C	204.100.064	234.200.543	230.406.436	270.774.842
HOSPITAL D	48.907.513	60.385.287	68.562.410	82.963.526
HOSPITAL E	160.684.686	157.231.731	133.579.754	132.985.859
TOTAL	512.752.301	574.446.252	580.111.289	646.663.718

Fuente: Santana, Piza (2012)

Ilustración 8: Tasas de crecimiento promedio efectivo anual para Activos



Fuente: Santana, Piza (2012)

Realizando un análisis del comportamiento financiero, se observa como el sector ha tenido un crecimiento promedio efectivo anual del 8,0%, frente a un 4,1% promedio efectivo anual de la inflación. Lo anterior indica que se ha presentado una generación de valor frente al comportamiento de la economía, es decir, los activos como mínimo deben mantener el valor del poder adquisitivo. Los hospitales A, B, C y D, lograron crecer por encima del valor de la inflación promedio efectiva anual, es decir, 4,1%, lo que indica que las instituciones tomaron decisiones impactando su nivel de activos y en consecuencia fortaleciendo su capacidad de operación. El hospital E disminuyó el valor de los activos, situación que se explica en el desempeño del patrimonio, tal como se presenta a continuación en la tabla 7.

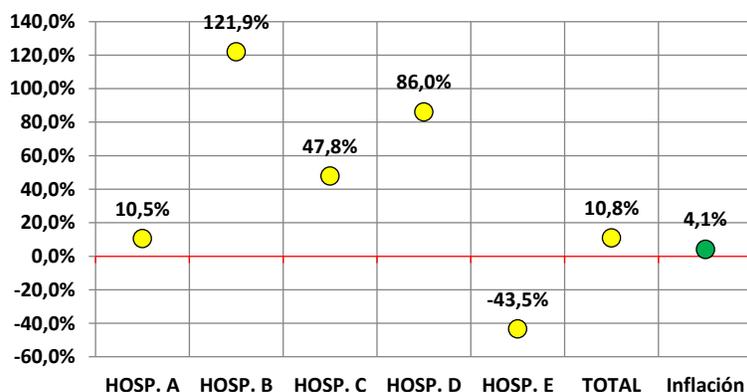
5.2.3 Total Patrimonio

Tabla 7: Información histórica para Patrimonio

PATRIMONIO				
	2008	2009	2010	2011
HOSPITAL A	65.460.677	77.659.225	83.971.100	88.303.800
HOSPITAL B	2.060.507	6.163.904	14.494.271	22.503.563
HOSPITAL C	19.501.855	20.900.009	25.184.212	62.953.217
HOSPITAL D	2.771.956	9.690.412	15.734.670	17.842.779
HOSPITAL E	58.690.320	49.682.613	20.099.964	10.608.546
TOTAL	148.485.315	164.096.163	159.484.217	202.211.905

Fuente: Santana, Piza (2012)

Ilustración 9: Tabla de crecimiento promedio efectivo anual para Patrimonio



Fuente: Santana, Piza (2012)

Al igual que en el rubro de los activos, se toma como referencia para el análisis el valor promedio efectivo anual de la inflación. Los resultados son muy similares al de los activos en cuanto al comportamiento. Para este caso, el Hospital E presenta un deterioro promedio del 43.5%, lo que significa que los propietarios de esta institución han perdido valor pasando de 59 mil millones de pesos a 11 mil millones de pesos. Los Hospitales A, B, C y D presentan crecimientos superiores al promedio efectivo ponderado de la inflación evaluada para el período de análisis, para los analistas e inversionistas, este resultado incrementa la atraktividad para efectuar inversiones de capital en las organizaciones actuales e inclusive la posibilidad de entrada de nuevos actores en el sector.

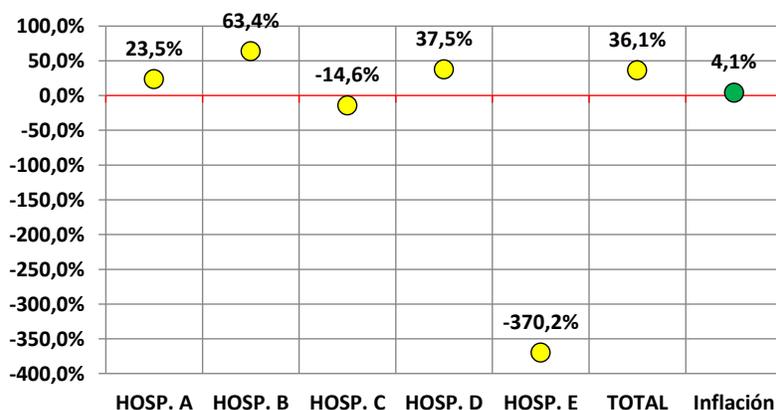
5.2.4 Total Estado de Resultados

Tabla 8: Información histórica para el Estado de Resultados

GANANCIAS Y PERDIDAS				
	2008	2009	2010	2011
HOSPITAL A	4.556.574	12.174.390	13.238.922	8.580.100
HOSPITAL B	1.836.656	4.103.397	8.330.366	8.009.292
HOSPITAL C	-7.712.052	-5.245.835	-1.787.837	-4.803.928
HOSPITAL D	2.871.000	4.769.696	5.413.419	7.462.041
HOSPITAL E	689.302	-9.272.490	-30.860.860	-13.591.420
TOTAL	2.241.480	6.529.158	-5.665.990	5.656.085

Fuente: Santana, Piza (2012)

Ilustración 10: Tabla de crecimiento promedio efectivo anual para Estado de Resultados



Fuente: Santana, Piza (2012)

El comportamiento del sector en el estado de resultados se observa afectado por el comportamiento del Hospital E, lo cual se evidencia con las pérdidas recurrentes desde el año 2009, que ascienden a 54 mil millones de pesos aproximadamente durante este período. Por otra parte, el Hospital C, registra un crecimiento negativo promedio efectivo anual, sus pérdidas son irregulares, sin embargo, las tendencias de crecimiento en el Activo y el Patrimonio son positivas. En suma, los comportamientos en las instituciones evaluadas son heterogéneos, indicando que los estados financieros se ven afectados por diferentes tipos de situaciones indiferentemente que se encuentren en el mismo sector estratégico.

5.2.5 Rentabilidad sobre los activos (R.O.A)

Tabla 9: Información histórica Rentabilidad sobre Activos

R.O.A				
	2008	2009	2010	2011
HOSPITAL A	6,2%	14,2%	13,4%	8,0%
HOSPITAL B	7,3%	11,1%	17,1%	15,3%
HOSPITAL C	-3,8%	-2,2%	-0,8%	-1,8%
HOSPITAL D	5,9%	7,9%	7,9%	9,0%
HOSPITAL E	0,4%	-5,9%	-23,1%	-10,2%
TOTAL	0,4%	1,1%	-1,0%	0,9%

Fuente: Santana, Piza (2012)

Para hacer un análisis respecto al comportamiento de la economía, se toma como referencia la inflación y como tasa promedio de captación del mercado el DTF efectiva anual.

Tabla 10: ROA – Inflación - DTF

	2008	2009	2010	2011
ROA	0,4%	1,1%	-1,0%	0,9%
Inflación	7,7%	2,0%	3,2%	3,7%
DTF	9,7%	6,3%	3,7%	4,2%

Fuente: Santana, Piza (2012)

Teniendo en cuenta que el R.O.A es el indicador que representa la capacidad de generar rentabilidad de los activos, es decir, qué tan productivos pueden llegar a

ser aquellos bienes puestos al servicio de la atención y prestación del servicios, que para el caso del sector están representados por los activos fijos, muebles, equipos biomédicos, equipos de imágenes y cartera, de acuerdo con las referencias, se concluye que desde el punto de vista de la inversión, las rentabilidades generadas por el sector no son atractivas para un inversionista, en la medida que las tasas ofrecidas por el sector financiero y la misma inflación, que representa el reconocimiento del poder adquisitivo del dinero en el tiempo, son superiores a la rentabilidad que generan los activos del Sector Estratégico.

Es clara la erosión de la rentabilidad del indicador sectorial, sin embargo, se observa como el Hospital E contribuye fuertemente en este resultado. Si hipotéticamente se omitiera esta organización del análisis, el indicador sectorial tendría una tendencia positiva, sin embargo, debido a su tamaño es una organización que influye dentro de la estructura del sector, situación que se evidencia en el nivel de activos y patrimonio frente a los demás hospitales, situándolo en el segundo puesto dentro del sector.

5.2.6 Rentabilidad sobre el patrimonio (R.O.E)

Considerando que este indicador representa la rentabilidad de los accionistas, y que para el caso de las instituciones analizadas no corresponde precisamente a una acción, pero determina el comportamiento de la posibilidad de permanencia en el tiempo puesto que reflejan los derechos y bienes de la institución, en la tabla 11 se presentan los resultados de los cálculos con el propósito de reforzar el análisis base que se planteó con la Rentabilidad de los Activos.

Tabla 11: Información histórica Rentabilidad sobre el Patrimonio

ROE				
	2008	2009	2010	2011
HOSPITAL A	7%	16%	16%	10%
HOSPITAL B	89%	67%	57%	36%
HOSPITAL C	-40%	-25%	-7%	-8%
HOSPITAL D	104%	49%	34%	42%
HOSPITAL E	1%	-19%	-154%	-128%
TOTAL	1,5%	4,0%	-3,6%	2,8%

Fuente: Santana, Piza (2012)

Dada la estructura de las instituciones pertenecientes al sector estratégico, es importante aclarar que los resultados sobre los activos pueden ser más precisos dado que la generalidad de la estructura patrimonial corresponde a valorizaciones (también reflejadas en los Activos) y resultados de ejercicios anteriores, lo cual no permite evidenciar que tan buenos, o no, pueden llegar a ser los resultados frente a la estructura de activos planteada por las organizaciones.

En resumen, realizando una abstracción del resultado sectorial y revisando puntualmente cada uno de los hospitales, se concluye que para el caso de los Hospitales A, B, y D, las opciones de un inversionista con nuevos recursos es alta, en la medida que las rentabilidades de patrimonio superan las tasas de referencia expresadas anteriormente y que uno de los factores que evalúa un tercero desde el punto de vista netamente financiero es el comportamiento de este indicador.

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, el indicador más apropiado para los análisis es la Rentabilidad sobre los Activos y el cálculo de la Rentabilidad del Patrimonio se realiza para reforzar la hipótesis frente a que en los activos es un mejor referente para evaluar los impactos de las decisiones en las instituciones.

5.2.7 Cálculos Estadísticos

Luego de realizar los cálculos y análisis de la Rentabilidad de los Activos, se toma la información y se efectúan los cálculos estadísticos para ubicar a los hospitales

en las diferentes zonas de hacinamiento de acuerdo con su desempeño financiero en cada uno de los años analizados. A continuación, en la tabla 12 y la Ilustración 11 se observan los resultados estadísticos obtenidos, así como su comportamiento gráfico:

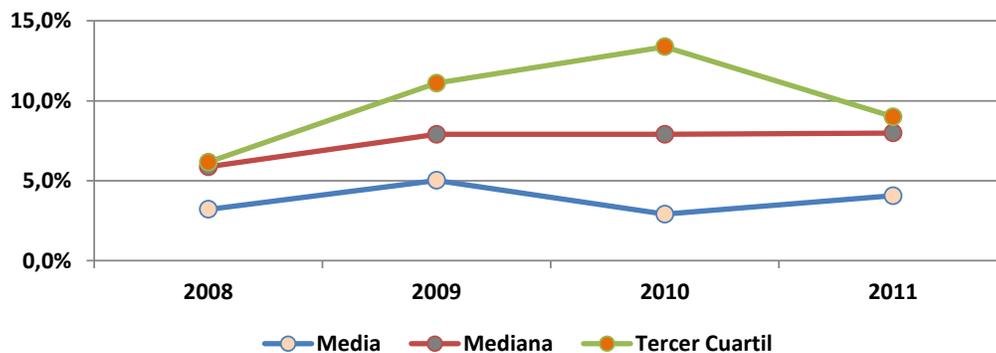
Tabla 12: Evolución Medidas de tendencia central para el R.O.A

INDICADORES ESTADISTICOS				
	2008	2009	2010	2011
Media	3,2%	5,0%	2,9%	4,1%
Mediana	5,9%	7,9%	7,9%	8,0%
Tercer Cuartil	6,2%	11,1%	13,4%	9,0%
Desviación Estándar	4,7%	8,7%	16,0%	10,0%
Coefficiente de Variación	147,6%	173,2%	551,5%	247,9%

Fuente: Santana, Piza (2012)

Ilustración 11: Evolución medidas de tendencia central

**Evolución de la media, mediana y tercer cuartil del ROA
2008-2011**



Fuente: Santana, Piza (2012)

Es importante resaltar que durante el horizonte de tiempo analizado, la mediana se mantuvo por encima de la media, lo que indica que aquellos hospitales que se encuentren en esta zona, es decir, la de morbilidad, presentan síntomas de erosión financiera. Las posibilidades de obtener un desempeño medio son altas, sin embargo se observa como alrededor del 50% de los hospitales del sector se encuentran en una zona con tendencia a comprometer su perdurabilidad y

terminar en una zona tanática. El comportamiento de la media en el año 2010 se ve afectada negativamente en un 2.1% debido a los resultados en el estado de pérdidas y ganancias del Hospital E, sin embargo y tal como se observa en la anterior ilustración, la mediana se mantiene igual durante el año 2009, 2010 y 2011, mientras que el tercer cuartil disminuye 4.4%. Con respecto al coeficiente de variación se observa variabilidad durante los años de evaluación, indicando así que el resultado de los hospitales es heterogéneo, el desempeño en general no es bueno, perdiendo atractividad, todos están direccionados hacia un mismo espacio lo cual demuestra que no se presenta diferenciación.

5.2.8 Zonas de Desempeño y Cálculos Estadísticos

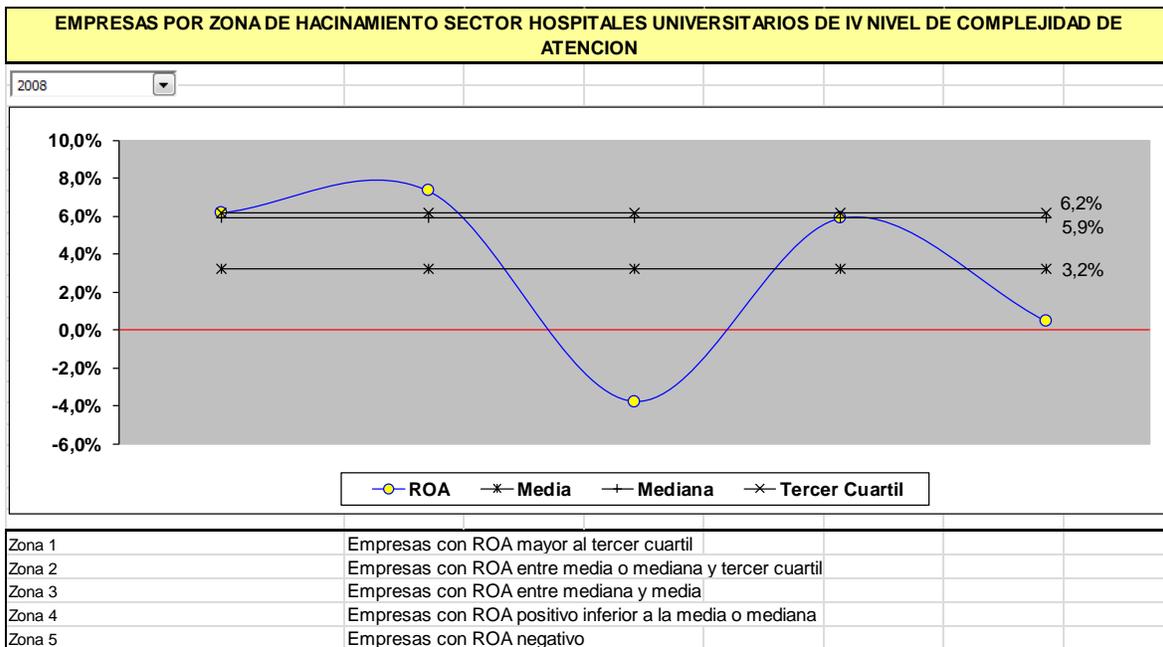
A partir de los cálculos estadísticos, los cuales incluyen: media, mediana, cálculo del tercer cuartil, se ubican los hospitales en las zonas de desempeño (superior, medio, morbilidad, perdurabilidad comprometida y tanática). En la tabla 13 se presenta como es la evolución del total de los hospitales del sector estratégico y en las ilustraciones 12, 13, 14 y 15 se ilustra en cada uno de los años, la ubicación dependiendo de las condiciones de cada una de las zonas.

Tabla 13: Zonas de desempeño 2008, 2009, 2010, 2011

EMPRESAS DEL SECTOR HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE BOGOTA DE IV NIVEL DE COMPLEJIDAD DE ATENCON				
	2008	2009	2010	2011
Zona 1	2,00	2,00	2,00	2,00
Zona 2	1,00	1,00	1,00	1,00
Zona 3	0,00	0,00	0,00	0,00
Zona 4	1,00	0,00	0,00	0,00
Zona 5	1,00	2,00	2,00	2,00
TOTAL	5,00	5,00	5,00	5,00
Zona 1	H. con ROA mayor al tercer cuartil			
Zona 2	H. con ROA entre media o mediana y tercer cuartil			
Zona 3	H. con ROA entre mediana y media			
Zona 4	H. con ROA positivo inferior a la media o mediana			
Zona 5	H. con ROA negativo			

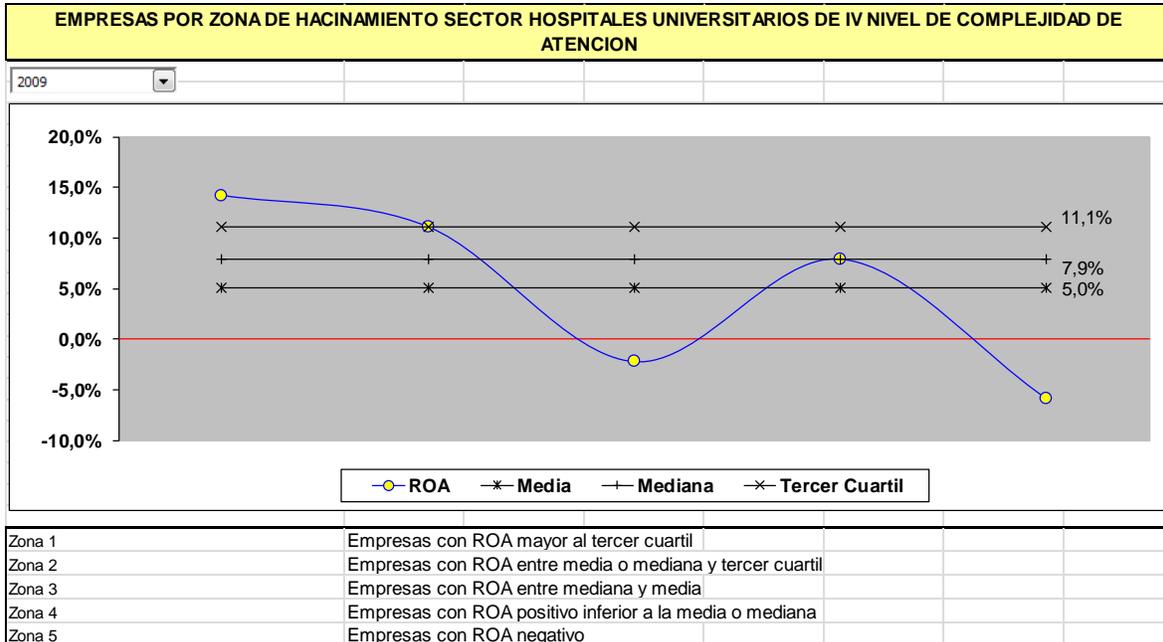
Fuente: Santana, Piza (2012)

Ilustración 12: Medidas de tendencia central y zonas de desempeño, 2008



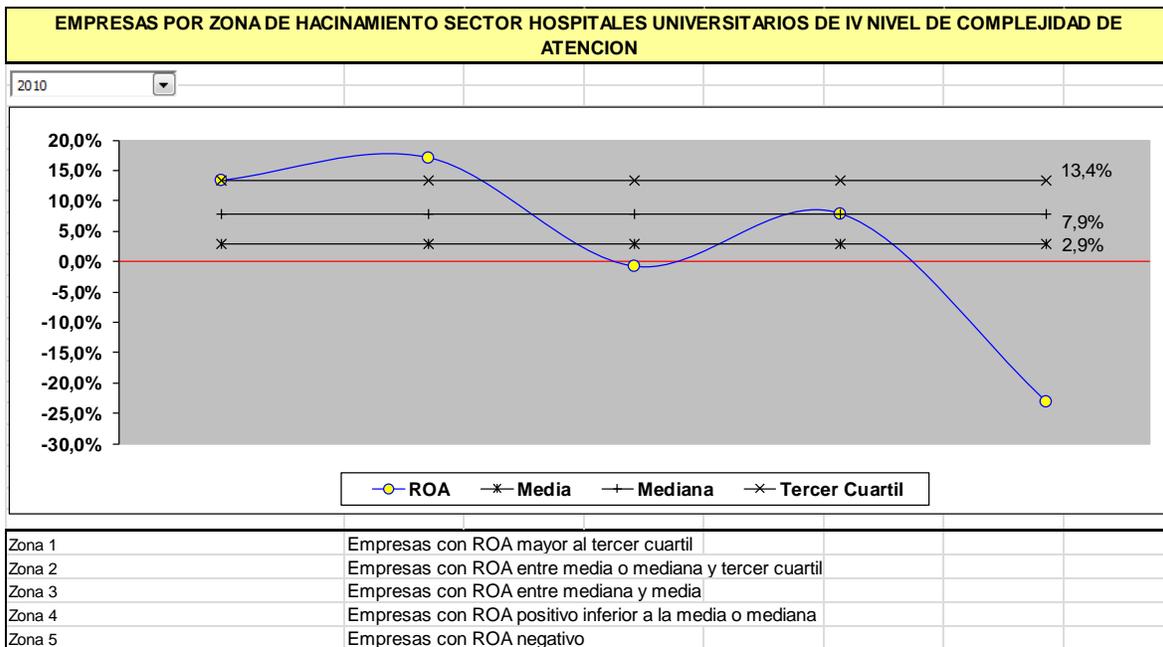
Fuente: Santana, Piza (2012)

Ilustración 13: Medidas de tendencia central y zonas de desempeño, 2009



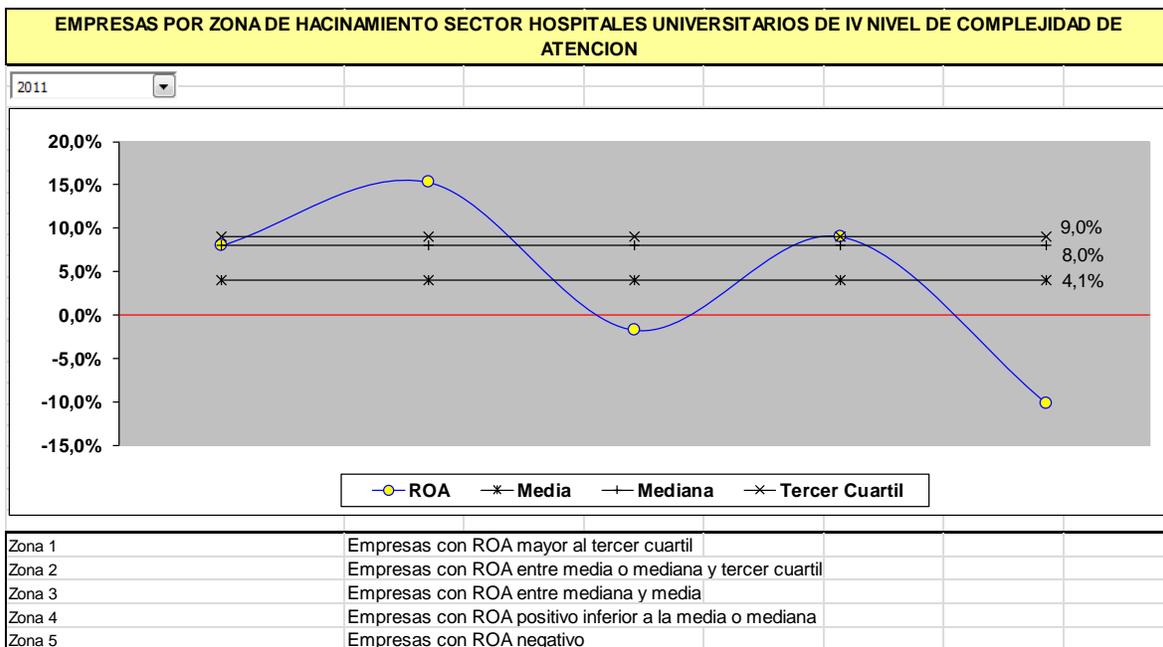
Fuente: Santana, Piza (2012)

Ilustración 14: Medidas de tendencia central y zonas de desempeño, 2010



Fuente: Santana, Piza (2012)

Ilustración 15: Medidas de tendencia central y zonas de desempeño, 2011



Fuente: Santana, Piza (2012)

5.2.9 Zonas de Desempeño

Tabla 14: Zonas de Desempeño 2008, 2009, 2010, 2011 y por Hospitales

R.O.A	ZONA DE DESEMPEÑO				
	Superior	Medio	Morbilidad	Perdurabilidad Comprometida	Tanático
2008	A - B	D		E	C
2009	A - B	D			C - E
2010	A - B	D			C - E
2011	A - B	D			C - E

Fuente: Santana, Piza (2012)

Durante el periodo evaluado, se observa como el Hospital A y el Hospital B se encuentran en la Zona de Desempeño Superior, lo cual es relevante, considerando que uno de estos Hospitales inicia sus actividades en el año 2008 y sus resultados son positivos desde el punto de vista de pérdidas y ganancias comparados con las demás instituciones objeto de este estudio. El comportamiento de los hospitales A y B, reflejan una mejor estrategia frente a sus competidores. El comportamiento sectorial no es homogéneo debido a los resultados negativos del estado de pérdidas y ganancias consolidados del sector en el año 2010.

En el otro extremo de los resultados se encuentra el Hospital C, que igualmente inicia sus operaciones en el año 2008, sin embargo, su desempeño se encuentra en la Zona de estado tanático, aunque el indicador del ROA presentó una leve mejoría hasta el año 2010 a pesar de los resultados negativos, es de resaltar que en la medida que las pérdidas netas sean recurrentes la posibilidad de perdurabilidad en el tiempo es incierta.

En el caso del Hospital E, durante el año 2008 se ubicó en la Zona de Perdurabilidad Comprometida, a partir del año 2009 permanece en la Zona de desempeño tanático y con resultados negativos en el indicador del ROA lo cual es

preocupante para el sector puesto que por valor de sus Activos se ubica como el segundo Hospital más grande del sector y que por ende, cualquier cambio en la estrategia puede causar efectos positivos y negativos en los demás Hospitales. El Hospital D se ubica en la Zona de desempeño medio durante el período de análisis, denotando así que los resultados obtenidos son adecuados para la institución, en la medida que no ha hecho el tránsito a la Zona de desempeño superior.

Como conclusión, el sector de los Hospitales Universitarios de IV nivel de atención en Bogotá para estos cinco casos analizados, presenta una concentración de datos y de comportamiento heterogénea, el 40% tienen un desempeño superior, el 20% se encuentran con un desempeño medio en la Zona 2 y el restante 40% en la Zona 5. La anterior participación se refuerza con el análisis del cálculo estadístico, en donde se mencionaba la disminución en el tiempo de la media y del tercer cuartil año 2009 y 2010. El hecho que el 40% de los Hospitales se encuentren en una zona donde su perdurabilidad se encuentre comprometida, genera una alerta mayor para el sector. Es un sector de extremos, un alto porcentaje de ellos tienen desempeño superior y un alto porcentaje en la mortalidad, indicando que desde el punto de vista financiero no se puede afirmar con certeza que se presente un hacinamiento, pero si una tendencia a que se presente en el corto plazo, aunque se presentan síntomas evidentes, para complementar el diagnóstico a continuación se describe el análisis de hacinamiento cualitativo.

6 ANALISIS CUALITATIVO

6.1 Nivel de Imitación

Según Restrepo & Rivera (2008) refiriéndose a Natterman (2004), cuando las empresas convergen en actividades similares se presenta la convergencia estratégica que tiende a deteriorar los niveles de utilidad para cada uno de las organizaciones del sector. Al contrario ocurre con la divergencia que implica que aquellas empresas que realizan actividades únicas, muy especializadas o difícilmente imitables su desempeño en ingresos y rentabilidad podrán ser superiores (Restrepo y Rivera, 2008).

Para este trabajo de investigación, la metodología utilizada para establecer las necesidades de cada variable de la mezcla de mercadeo fue la de la entrevista a expertos de los cinco hospitales, usando como herramienta la matriz para definir el nivel de imitación del mercado diseñada por Restrepo & Rivera, 2008. Los resultados fueron consolidados y posteriormente se les aplicó una calificación como se mencionará más adelante.

La intención en esta fase es definir el nivel de convergencia del sector y evaluar el nivel de imitación existente entre los hospitales universitarios con el fin de orientarlos estratégicamente hacia la búsqueda de nuevas actividades y diferenciadores que permitan mejorar en términos de valor generado a los usuarios del servicio y en la generación de valor económico agregado en términos del margen de rentabilidad. Para la aplicación de esta prueba, se ha definido por parte de Restrepo & Rivera (2008) la matriz en la que se definen las variables de la mezcla de mercado, asignándoles un ponderado porcentual según la importancia que se considere. A estas variables se les aplica una escala de calificación que va del 1 al 3 cuyo significado está definido como sigue a continuación: (1) No presenta imitación, (2) Se presenta imitación parcial y (3) La imitación es total.

Para establecer el peso de cada variable en la matriz de imitación es necesario seguir la metodología utilizada por Rivera 2012 en la cual se establece una matriz de peso porcentual que se marca con “SI” en caso de que exista relación entre las categorías y “NO” en el caso contrario. Al final se hace una sumatoria de las categorías que tengan “SI” y se hace una ponderación como se describe a continuación en la gráfica:

Tabla 15: Matriz de ponderación porcentual de las categorías para establecer la imitación

CATEGORÍA	Precio	Producto	Promoción	Canal	TOTAL	%
Precio	X	SI	SI	SI	3	30%
Producto	SI	X	SI	SI	3	30%
Promoción	SI	SI	X	NO	2	20%
Canal	SI	SI	NO	X	2	20%
TOTAL					10	100%

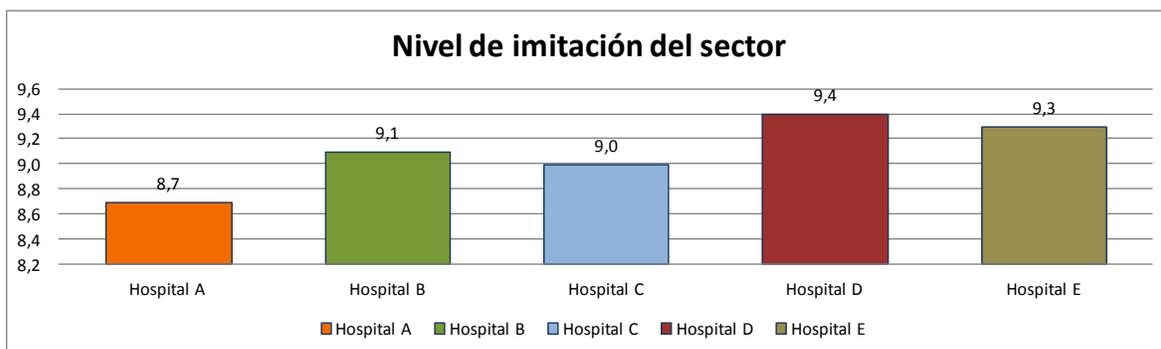
Fuente: Rivera, Uribe 2012 – Modificado por Santana, Piza (2012)

Tabla 16: Datos para obtención del Nivel de imitación del sector

VARIABLE			EMPRESA				
TIPO	PESO %	NECESIDADES	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Hospital E
PRECIO	30%	Alternativas de negociación	1	3	2	3	3
		Economías de escala	2	2	1	2	1
		Regulación tarifaria	3	3	3	3	3
		SUMATORIA	6	8	6	8	7
		CALIFICACION	1,8	2,4	1,8	2,4	2,1
PRODUCTO	30%	Plataforma tecnológica	3	3	3	3	3
		Infraestructura física	2	2	3	3	3
		Tecnología en Equipo médico	3	3	3	3	3
		Acreditación	2	2	2	2	2
		Servicio	3	3	3	3	3
		Acreditaciones Int/nales	na	na	na	na	na
		SUMATORIA	13	13	14	14	14
CALIFICACION	3,9	3,9	4,2	4,2	4,2		
PROMOCIÓN	20%	Corporativa	3	3	3	3	3
		Masiva	3	3	3	3	3
		Otras estrategias de comunic	3	3	3	3	3
		SUMATORIA	9	9	9	9	9
		CALIFICACION	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
CANAL DISTRIBUCIÓN	20%	Aseguradoras nacionales	3	3	3	3	3
		Pacientes particulares	3	2	3	2	3
		Aseguradoras Int/nales	na	na	na	na	na
		SUMATORIA	6	5	6	5	6
		CALIFICACION	1,2	1,0	1,2	1,0	1,2
TOTAL CALIFICACIÓN			8,7	9,1	9,0	9,4	9,3

Fuente: Santana, Piza (2012)

Ilustración 16 : Nivel de imitación del sector



Fuente: Santana, Piza (2012)

A continuación se definen las variables de acuerdo a la opinión de los expertos:

- Alternativas de negociación: Definido como el nivel que tiene la institución prestadora en salud para innovar en términos de establecer nuevas modalidades de contratación con las aseguradoras o EPS.
- Economías de escala: Entendido como la mejora de los costos de los hospitales debido al crecimiento de los mismos y al volumen de sus operaciones.
- Regulación tarifaria: Se refiere a la existencia o no por parte del gobierno de una regulación en las tarifas y atención de eventos.
- Plataforma tecnológica: Hace alusión a los sistemas o software utilizados por cada uno de los hospitales bien sea para lo administrativo como para lo asistencial.
- Infraestructura física: Se refiere al activo físico o inmueble que permite el desarrollo de la actividad hospitalaria.
- Tecnología en equipo médico: Es la utilización por parte de los Hospitales de los avances en tecnología disponible en equipos para diagnóstico y tratamientos.

- **Acreditación:** Corresponde al reconocimiento por parte del ICONTEC del cumplimiento de los estándares establecidos para poder obtener la mención de Hospital acreditado.
- **Servicio:** Definido como esa mezcla de actividades de los hospitales que finalmente permiten satisfacer las necesidades de los usuarios del sistema.
- **Acreditaciones Internacionales:** Corresponde a aquellas acreditaciones otorgadas por entes internacionales como lo es Joint Commission International.
- **Promoción corporativa:** Corresponde a todas las estrategias de merchandising que permitan hacer una recordación de marca y que de alguna manera permitan promocionar a los hospitales.
- **Masiva:** Corresponde a lo que se comunica masivamente a través de radio, prensa o televisión, entre otros medios, con la finalidad de dar a conocer los servicios del hospital.
- **Otras estrategias de comunicación:** Corresponde a la publicidad realizada en otros medios tales como magazines especializados, catálogos, periódicos del sector estratégico, etc.
- **Aseguradoras nacionales:** Generalmente EPS quienes son las encargadas de administrar y promocionar la salud de los usuarios vinculados al régimen contributivo o subsidiado, o bien empresas de medicina prepagada.
- **Pacientes particulares:** Más conocido como la medicina de bolsillo que asumen los usuarios que se encuentran fuera de cualquier cobertura de los regímenes ya mencionados.
- **Aseguradoras internacionales:** Es la cobertura para gastos de atención en salud, prestada por entidades aseguradoras a nivel internacional como coberturas de siniestros en viajes, cobertura en salud para diplomáticos o expatriados.

En la matriz de imitación, se observa como los actores evaluados mantienen un promedio de 9,1 en la calificación total de las características del mercado con un máximo de 9,4 y un mínimo de 8,7 y una desviación estándar de -0,27. Esta calificación los ubica en un nivel de imitación alto dentro del sector. Lo anterior

quiere decir que todos los hospitales se encuentran con una elevada tendencia a la realización de las mismas actividades.

En la calificación final de la matriz de imitación, se evidencia que el hospital A es el que presenta una mejor calificación (8,7) lo cual está determinado por las alternativas de negociación seguido por el hospital C (9,0) debido a las economías de escala que manejan.

En la calificación general se puede observar como las 5 instituciones muestran una fuerte imitación en “Regulación Tarifaria” que de alguna manera está mediado por el sector de los aseguradores en salud que a través de sus negociaciones con los prestadores, tienden a estabilizar los precios. Los aseguradores por ser limitados a nivel nacional se ven en la necesidad de contratar servicios con los diferentes prestadores por lo que también hay imitación en la variable “Aseguradores Nacionales”. De igual manera se observa una fuerte imitación en todas las variables de Promoción dado que las estrategias no difieren entre los actores prestadores en salud, lo propio se da en aspectos tecnológicos como plataforma y equipamiento médico. Los resultados hasta acá permiten apreciar la fuerte tendencia a la imitación que existe en el sector de los cinco Hospitales Universitarios analizados.

7 LEVANTAMIENTO DEL PANORAMA COMPETITIVO

7.1 Realización de la Matriz 'T'

El levantamiento y análisis del panorama competitivo permite detectar aquellas áreas desatendidas por las empresas pertenecientes al sector y que pueden de alguna manera ser cubiertas por otros actores. Está construido con una matriz tipo "T" que abarca 3 vectores a saber, según Restrepo & Rivera 2008.

El primero, está comprendido por el **vector de necesidades**, el cual incluye todas aquellas necesidades que son proporcionadas por el sector. El segundo es el **vector de variedades** que incluye todos los productos o servicios que el sector ofrece. El tercer y último vector, es el de **canales**, que incluye los mecanismos a través de los cuales los usuarios o clientes llegan a los servicios o adquieren los productos.

El levantamiento de la matriz se desarrolló con la información recolectada de los cinco hospitales universitarios de nivel IV de atención en Bogotá (anexo 1).

Para la interpretación de la matriz "T", es necesario tener en cuenta que a cada uno de los hospitales se le asignó un color con el fin de rellenar con el mismo en cada uno de los ítems del vector en caso de que la institución cumpla con esa variable. En caso contrario no se rellenó, considerándose así el espacio libre, como una mancha blanca la cual según Restrepo y Rivera (2008), debe ser interpretada como un aspecto desatendido por el hospital.

Las áreas de mayor concentración de los cinco hospitales, en los tres vectores están predominantemente caracterizadas como se menciona a continuación:

Aspectos relacionados con políticas o procesos tendientes a crear una cultura de paciente seguro, importancia de la infraestructura física, seguido por los aspectos relacionados con la atención integral multi especializada que esta de la mano de lo

relacionado al talento humano competente e idóneo, la plataforma tecnológica y la tecnología en equipos médicos. Por otra parte, la atención de pacientes provenientes de aseguradoras tipo empresas promotoras de salud (EPS) y empresas administradoras de régimen subsidiado (ARS) es lo que más predomina, si bien los cinco hospitales tienen la posibilidad de atender pacientes particulares, esto no representa el grueso de la atención.

En cuanto a las áreas desatendidas o manchas blancas más relevantes para el sector estudiado, se observaron aspectos tales como la acreditación en salud, obtención de algún tipo de acreditaciones internacionales y el merecimiento de premios reconocimientos o galardones. De igual manera se resalta la ausencia en general de actividades de mercadeo en materia de promoción comercial de los hospitales y la ausencia de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Desde la óptica de la matriz T, se tiene que el sector muestra concentración principalmente en las áreas mencionadas anteriormente, lo cual muestra que las organizaciones se dedican a las mismas actividades sin tener factores diferenciadores en términos de canales, necesidades y servicios. Luego, se puede decir que las posibilidades de aprovechamiento del panorama competitivo estarían en función de, la calidad argumentada desde el punto de vista de la seguridad del paciente como uno de los pilares fundamentales de las instituciones hospitalarias en el presente, razón por la cual quizá la mayoría de los hospitales estudiados se encuentran trabajando en pro de obtener la acreditación en salud otorgada por el ICONTEC o bien a otro tipo de acreditaciones internacionales como por ejemplo, la otorgada por la Joint Commission of Accreditation.

Dichos procesos de acreditación, se encuentran en ejecución actualmente, y llegarían a su fin en alrededor de 2 a 4 años. Adicionalmente, es de anotar que la obtención de acreditaciones internacionales es un aspecto fundamental para realizar convenios con aseguradoras internacionales no solo teniendo en cuenta el

advenimiento de tratados de libre comercio sino la tendencia mundial a la globalización.

En lo concerniente a la carencia de estrategias de comunicación y promoción desde la óptica del mercadeo, de alguna manera puede estar determinado por la tendencia del sector a no realizarlas dado que no se encuentran en la necesidad de hacerlo por tener una población de pacientes cautiva a través de las aseguradoras clientes de los hospitales. Dentro del panorama, se evidenció que todas las instituciones mostraron ser fuertes en la atención integral multi especializada, de hecho, todas contaban con todas las especialidades; y, tampoco se observó que alguna de las organizaciones estuviera especializada en una sola rama médica o en proyectos de hacerlo.

Por otro lado, se evidencia que algunos de los hospitales realizan publicaciones en revistas especializadas nacionales e internacionales con metas definidas en términos de cantidad de artículos publicados al año. Por último, es conocido que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, si bien, se ha atribuido su responsabilidad a las aseguradoras (EPS), algunas instituciones prestadoras han venido trabajando en el tema y esto se convierte en un espacio desatendido por las organizaciones evaluadas.

En síntesis, es posible realizar un paralelo entre los hallazgos encontrados en el capítulo de los indicadores asistenciales del sistema y la matriz T, al asociar que la falta de calidad del sector obedece a que es un área actualmente desatendida. Lo anterior estaría en contraposición con la alta concentración existente en aspectos tecnológicos, de equipamiento médico y de idoneidad profesional.

8 FUERZAS DEL MERCADO

Partiendo de lo planteado por Porter, en lo referente a las cinco fuerzas del mercado, son estas las que definen la estrategia competitiva para un mercado determinado. Las fuerzas son, amenaza de entrada de nuevos competidores, Poder de negociación de los clientes, Poder de negociación de los proveedores y amenaza de productos o servicios sustitutos

Como se presentó anteriormente, el objetivo de esta prueba es aproximarse a la atractividad de un sector relacionada con el comportamiento de las cinco fuerzas, constituyéndose así en una fuente de formulación de estrategias a partir del conocimiento amplio de la competencia de una organización y lo que ocurre alrededor de sus competidores directos. Adicionalmente, el análisis de las cinco fuerzas contribuye a la comprensión las condiciones para competir y las causas de problemas que impactan la rentabilidad; la prueba permite a las organizaciones encontrar espacios para el desarrollo de ventajas competitivas o factores diferenciadores frente a sus competidores y entender el comportamiento dinámico de un sector.

A continuación una breve descripción de las fuerzas en el sector salud:

- **Rivalidad entre competidores:** Si dentro de un sector estratégico, los competidores se encuentran bien posicionados, existen alianzas entre los mismos y con tendencia a tener costos fijos altos, estos son factores que hacen que el sector sea menos atractivo.
- **Poder de negociación de los compradores:** A mayor organización de los compradores del sector, mayor será el poder para influenciar disminución en los precios, exigiendo mayor calidad y mejor servicio, lo cual implica que el sector sea menos atractivo debido a que los márgenes de utilidad de los diferentes competidores serían menores y habría una mayor posibilidad de productos sustitutos.

- **Poder de negociación de los proveedores:** Esta fuerza en el sector de hospitales universitarios juega un papel fundamental en términos del valor del servicio de salud. Ejemplos de proveedores son las compañías de insumos médicos, industria farmacéutica y los mismos profesionales de la salud (si no son empleados del hospital), entre otros. Cuando los proveedores se encuentran bien organizados y gremialmente agrupados imponen sus condiciones de precios lo cual minimiza la atractividad del sector, viceversa cuando en el caso de Colombia el gobierno influye sobre los proveedores por ejemplo en la regulación de precios disminuyendo de esta manera el poder de negociación de los proveedores lo cual hace más atractivo el sector.
- **Amenaza de productos o servicios sustitutos:** Se consideran sustitutos de los hospitales aquellos productos o servicios de salud que puedan constituirse en una alternativa, un ejemplo de ello sería los tratamientos homeopáticos, de medicina bioenergética, acupuntura china, terapias bioenergéticas, quiropraxia, por mencionar algunos. Estos tratamientos podrían eventualmente dilatar la realización de una cirugía, remplazar los tratamientos médicos convencionales máxime cuando se ofertan a unos precios más bajos. Esto desde luego, hace al sector menos atractivo dado que disminuye de alguna manera los márgenes de utilidad del sector.
- **Riesgo de ingreso de nuevos competidores:** Esta fuerza depende del nivel de las barreras, con lo cual si la barrera es alta, habrá más dificultad para que entren nuevos competidores al sector y por el contrario si la barrera es baja los nuevos competidores entrarán con una mayor facilidad.

8.1 Calificación de las fuerzas

Tomando como base el instrumento que permite la calificación de las fuerzas¹, y con la información proporcionada por expertos y líderes de los procesos directivos de los cinco hospitales universitarios de Bogotá a través de entrevistas, a continuación se muestran los resultados obtenidos.

8.1.1 Nivel de rivalidad entre competidores

La principal característica de esta fuerza, tiene que ver con el grado de rivalidad de la competencia en sector, a continuación se explica el comportamiento de las diferentes variables que componen la fuerza y las cuales permiten establecer la intensidad. Al final de la descripción, en la Tabla 17 se observa la calificación resultante de cada uno de los componentes, la cual fue obtenida a través de la entrevistas a los expertos de cada uno de los hospitales, dentro de los que se encuentran los siguientes cargos: Gerentes generales, Directores administrativos, Director comercial, Jefe del área de calidad y Gerente financiero.

- **Nivel de concentración:** Se consideró que el nivel del sector de Hospitales Universitarios en la ciudad de Bogotá es “alto”, lo anterior debido a que son únicamente diez los competidores del sector de hospitales universitarios, de las treinta y ocho IPS privadas en Bogotá, es decir, el 26,32%. En cuanto a la capacidad instalada de camas de las IPS privadas de Bogotá, para el año 2012 existen 6.683 camas, frente a 1.662 de los diez hospitales universitarios, es decir, el 25% de la capacidad instalada total a nivel privado (Mogollón 2012).

¹ Instrumento proporcionado por el laboratorio de modelamiento y simulación, Facultad de Administración, Universidad del Rosario

- **Nivel de costos fijos:** Si bien el sector objeto de este estudio corresponde al de los Hospitales Universitarios, es un patrón general que el sector de la prestación de la salud, requiera de “altos” costos fijos para el funcionamiento exigidos para la prestación del servicio dentro de la resolución de habilitación (Resolución 1043, 2006).
- **Velocidad de crecimiento del sector:** Durante los últimos diez años dentro del sector no se observa un crecimiento en el número de participantes, tan sólo se ha incrementado en número de “1” los participantes dentro de los hospitales universitarios, por lo tanto la velocidad es “baja”.
- **Costos de Cambio:** Debido a las inversiones en tecnología, infraestructura y recurso humano que se deben efectuar para el montaje de la operación de un hospital de las características en el nivel IV de complejidad, así como aspectos de tipo contractual con las entidades Universitarias y sus clientes Aseguradores y Proveedores, salir del sector genera costos “altos”.
- **Grado de Hacinamiento:** En consecuencia con el desarrollo del trabajo respecto al nivel de imitación sectorial, se encuentra argumentado que para este sector se presenta un “alto” grado de hacinamiento y de indiferenciación en el tiempo.
- **Incremento en la capacidad:** Actualmente las posibilidades de construcción de nuevas infraestructuras está limitada por la escasez de terrenos de uso dotacional en salud existentes en Bogotá. No obstante lo anterior, existen dos instituciones del sector que actualmente adelantan gestiones en planeación distrital a partir de herramientas de gestión urbana, tales como planes parciales y planes de regularización y manejo, con el propósito de incrementar su capacidad instalada tanto en infraestructura y tecnología, por lo tanto las posibilidades se consideran “medio altas”.

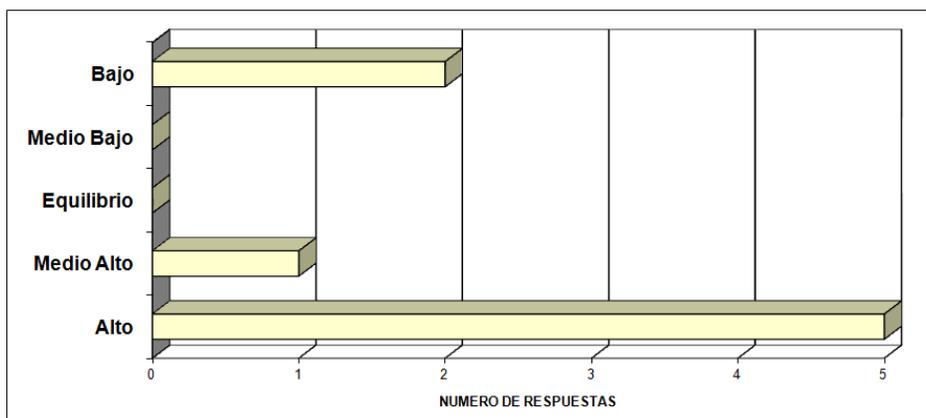
- **Presencia Extranjera:** Solo uno de los cinco actores del sector tiene inversión de tipo extranjero, por lo tanto el nivel se considera “bajo”.
- **Nivel de Barreras de Salida:** El sector de los hospitales universitarios de IV nivel en Bogotá revisten características tales como: niveles elevados de costos fijos, inversiones, contratos, responsabilidad social y endeudamiento. Por lo anterior, todas las consideraciones de las barreras de salida se califican como “altas”.

Tabla 17: Nivel de rivalidad entre competidores

NIVEL DE RIVALIDAD ENTRE COMPETIDORES EXISTENTES						
	Alto	Medio Alto	Equilibrio	Medio Bajo	Bajo	Inexistente
1 Nivel de concentración	x					
2 Nivel de costos fijos	x					
3 Velocidad de crecimiento del sector					x	
4 Costos de Cambio	x					
5 Grado de hacinamiento	x					
6 Incrementos en la capacidad		x				
7 Presencia Extranjera					x	
8 Nivel de Barreras de Salida Detalle	x					
a. Activos Especializados	x					
b. Costos Fijos de Salida	x					
c. Inter-relaciones Estratégicas	x					
d. Barreras Emocionales	x					
e. Restricciones Sociales - Gubernamentales	x					
9						
10						
EVALUACION FINAL						
NIVEL DE RIVALIDAD ENTRE COMPETIDORES EXISTENTES	Alto	Medio Alto	Equilibrio	Medio Bajo	Bajo	Inexistente
N	5	1	0	0	2	0
%	62,5%	12,5%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%
Ver Gráfico						

Fuente: Santana, Piza (2012)

Ilustración 17: Respuestas por niveles, Nivel de rivalidad entre competidores



Fuente: Santana, Piza (2012)

De acuerdo con las calificaciones realizadas y dado el resultado, el nivel de rivalidad de competidores para el sector es de 3,88, en una escala máxima de 5, resultado que demuestra que este factor se encuentra en una posición medio alta. En resumen, dentro del sector de hospitales universitarios de IV nivel en Bogotá, los niveles de concentración, costos fijos, costos de cambio, hacinamiento y las barreras de salida son altas, variables que pueden ser consideradas como fuentes determinantes para la rivalidad. Adicionalmente, el incremento en la capacidad es medio alto, y finalmente la velocidad de crecimiento del sector y la presencia extranjera son bajas, lo cual conlleva a que los niveles de rentabilidad se erosionen debido a la alta concentración, evidenciada en las respuestas de nivel Alto de los componentes de la fuerza, Tabla 17 e Ilustración 16.

8.1.2 Poder de negociación de compradores

Lo que caracteriza a esta fuerza está determinado, en contraposición con el poder de negociación de los proveedores, por la influencia que pueden tener los compradores para obtener entre otras cosas, disminuciones en precios. Entre mayor sea la concentración de los compradores, mayor es la presión que se

puede ejercer en este sentido. En términos generales la fuerza estaría resumida en el apalancamiento de negociación que tienen los compradores o clientes.

Para el sector estudiado, los compradores o clientes estarían enmarcados así:

Empresas promotoras de servicios de salud (EPS), Administradoras de régimen subsidiado (ARS), Pacientes privados, Empresas administradoras de planes complementarios y de medicina prepagada, régimen especial.

Según Porter, (2008) la atractividad de un sector está definida entre otras características, por el tipo de comprador, el autor argumenta que en la medida que estos estén más organizados, la atractividad del sector tiende a disminuir. Lo anterior, como resultado de las altas exigencias en cuanto a precios, calidad y servicios, llevando a las instituciones a reducir los márgenes de rentabilidad en pro de la satisfacción de los clientes (Porter, 2008).

A continuación se explica el comportamiento de las diferentes fuerzas que permiten establecer la intensidad del poder de negociación de los compradores de acuerdo con el modelo de Porter.

- **Grado de concentración:** El nivel es “bajo” debido a la gran cantidad de aseguradoras en las diferentes categorías existentes. Al ser las aseguradoras quienes estén más concentradas, serán quienes definan los precios y los comportamientos de negociación del sector.
- **Importancia del proveedor para el comprador:** El nivel de importancia es “alta”, puesto que en la medida que se materializa el riesgo de sus asegurados, los compradores deben recurrir a la red de Hospitales generales, especializados y universitarios.
- **Grado de Hacinamiento:** El nivel es “alto” por cuanto los factores diferenciadores entre los compradores del sector son mínimos. Todos se dedican a la misma actividad que es la atención integral en salud como hospitales generales y su nivel de imitación es alto.

- **Costo de Cambio:** Debido a la cantidad de oferta, cuando el asegurador decide cambiar del sector de hospitales universitarios, en principio no presentaría costos de cambio, sin embargo, en la medida en que la calidad de los nuevos prestadores no cumplan con los estándares que ofrece la academia en el sector, el desenlace adverso entendido como el resultado negativo en la atención de los pacientes, puede impactar negativamente el costo de los compradores, por lo tanto en nivel es “medio bajo”.
- **Facilidad de Integración hacia atrás:** Pese a que la integración vertical está regulada en el sector salud a través de la Ley 1122 de 2007, que limita a las EPS a contratar, directamente o a través de terceros con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud, existe la posibilidad de la integración con instituciones universitarias para la constitución de Instituciones Prestadoras de Salud, por lo tanto se considera que el nivel es “medio alto”.
- **Información del comprador sobre el proveedor:** El nivel es “alto” dado que existe una simetría de información que permite a los compradores (EPS) conocer en detalle el funcionamiento y detalles del proveedor. Se habla que una información es simétrica cuando tanto el comprador (EPS) como el prestador (IPS) conocen perfectamente los detalles de la contraparte lo cual hace más compleja la negociación.
- **Los compradores devengan bajos márgenes:** Los márgenes de los compradores son “altos”, dado que dentro del sector salud son los que mejores márgenes generan. Los compradores administran los recursos financieros permitiéndoles generar ingresos marginales a su operación, en detrimento del flujo de los recursos del proveedor.
- **Grado de Importancia del Insumo:** En el sector salud, el insumo es la prestación del servicio de salud a los usuarios que a su vez es la razón de ser del sector por ende el nivel de importancia de este insumo es “alto”.

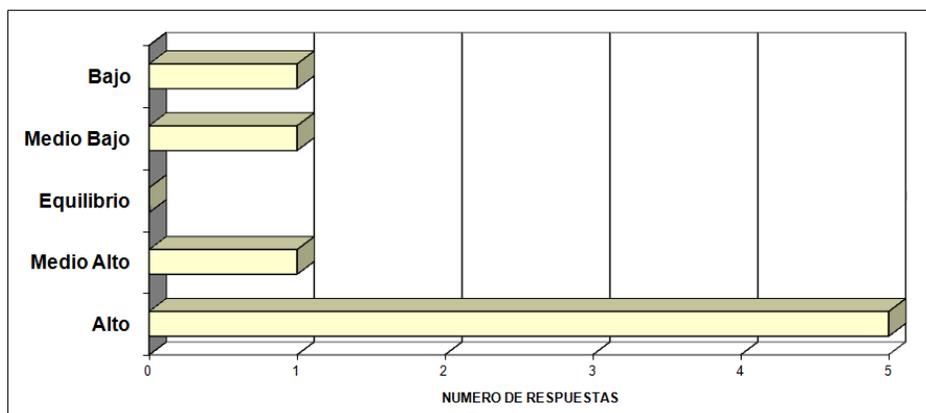
A continuación se encuentra la tabla de registro de la calificación obtenida por la fuerza de poder de negociación de compradores:

Tabla 18: Poder de negociación de compradores

PODER DE NEGOCIACION DE COMPRADORES						
	Alto	Medio Alto	Equilibrio	Medio Bajo	Bajo	Inexistente
1 Grado de concentración					x	
2 Importancia del proveedor para el comprador	x					
3 Grado de hacinamiento	x					
4 Costos de cambio				x		
5 Facilidad de Integración hacia atrás		x				
6 Información del comprador sobre el proveedor	x					
7 Los compradores devengan bajos márgenes	x					
8 Grado de Importancia del Insumo	x					
9						
10						
EVALUACION FINAL						
PODER DE NEGOCIACION DE COMPRADORES						
HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE III NIVEL						
N	5	1	0	1	1	0
%	62,5%	12,5%	0,0%	12,5%	12,5%	0,0%

Fuente: Santana, Piza (2012)

Ilustración 18: Respuestas por niveles, Poder de negociación de compradores



Fuente: Santana, Piza (2012)

De acuerdo con lo anterior, la intensidad de fuerza poder de negociación de los compradores es 4,00, en una escala máxima de 5, resultado que demuestra que este factor se encuentra en una posición alta. En resumen, con respecto a la fuerza de compradores, en los cinco hospitales universitarios de IV nivel en Bogotá estudiados, el grado de concentración es bajo, la importancia del

proveedor para el comprador, el grado de hacinamiento, la información del proveedor sobre el proveedor, los bajos márgenes para el comprador y el grado de importancia del insumo son altos, los costos de cambio son medio bajos y la facilidad de integración hacia atrás es medio alta.

En conclusión, los hospitales se encuentran muy concentrados, mientras que los compradores no lo están, lo cual genera una posición de ventaja para los compradores, en términos de negociación de precios y exigencias en valores agregados que ofertan los hospitales. Lo anterior se evidencia en los resultados financieros del sector, en donde las rentabilidades se erosionan en el tiempo.

8.1.3 Poder de negociación de proveedores

Al igual que con los compradores, en la medida que los proveedores se organicen gremialmente, pueden imponer sus condiciones de precio y cantidades de pedidos. A lo anterior, la situación puede ser más compleja si sus productos son únicos y de alto costo. A continuación se explica el comportamiento de las diferentes variables que permiten establecer la intensidad del poder de negociación de los proveedores de acuerdo con el modelo de Porter (2008).

Los proveedores del sector de hospitales universitarios están dados por: Industria farmacéutica y de dispositivos médicos, distribuidores de medicamentos y dispositivos médicos, tecnología médica, comercializadoras de consumibles hospitalarios, lavandería hospitalaria, servicios de alimentación hospitalarios, cooperativas de trabajo asociado, universidades, entre otros.

- **Grado de Concentración:** El nivel es “bajo” puesto que la cantidad de oferentes es numerosa (Laboratorios farmacéuticos, Operadores Logísticos, Proveedores de insumos y consumibles no médicos, Proveedores de tecnología médica y de información), muchos proveedores abastecen a los hospitales universitarios, no existe exclusividad respecto a los proveedores.

- **Presión de Sustitutos:** En el sector existe una amplia oferta de productos que sustituyen lo ofrecido por los proveedores y esto le resta poder a este grupo, por lo tanto el nivel es “bajo”, dentro de los productos sustitutos se puede hablar de la existencia de medicamentos genéricos y temas relacionados.
- **Niveles de Ventaja:** Dada la gran cantidad de proveedores los cuales se encuentran en la tarea continua de generar ventajas competitivas frente a sus homólogos, se considera que el nivel de ventaja es medio “alto”.
- **Nivel de importancia del insumo en procesos:** El nivel es “alto” porque para la operación, los hospitales dependen de todos los productos y servicios que ofrecen los proveedores.
- **Costos de cambio:** Se consideran en “equilibrio” dado el amplio portafolio de productos que ofrece el grupo proveedor y se asocia a la cantidad de estos en el sector, la cual es elevada.
- **Amenaza de integración hacia adelante:** Las posibilidades de integración son “bajas” puesto que los modelos de negocio, aunque complementarios, no generan los beneficios que ofrece un modelo de integración.
- **Información del proveedor sobre el comprador:** La uniformidad en el modo de operación del sector hospitalario, hace que la información genérica del modelo de negocio sea “alto”, por lo cual el conocimiento por parte de los proveedores se presenta de esta manera.
- **Grado de Hacinamiento:** A pesar que existen muchos proveedores para el sector, se identifica en ellos homogeneidad en la variedad de actividades, productos y rentabilidades. El grado de hacinamiento por la imitación en el tiempo se considera “alto”.

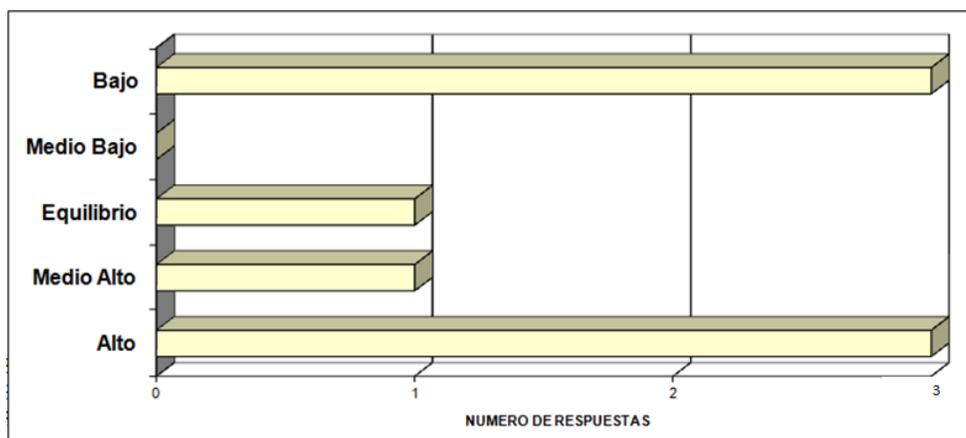
A continuación se encuentra la tabla de registro de la calificación obtenida por la fuerza de poder de negociación de proveedores:

Tabla 19: Poder de negociación de proveedores

PODER DE NEGOCIACIÓN DE PROVEEDORES						
	Alto	Medio Alto	Equilibrio	Medio Bajo	Bajo	Inexistente
1 Grado de concentración					×	
2 Presión de sustitutos					×	
3 Nivel de ventaja		×				
4 Nivel de importancia del insumo en procesos	×					
5 Costos de cambio			×			
6 Amenaza de integración hacia delante					×	
7 Información del proveedor sobre el comprador	×					
8 Grado de hacinamiento	×					
9						
EVALUACION FINAL						
PODER DE NEGOCIACIÓN DE PROVEEDORES						
HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE III NIVEL						
N	3	1	1	0	3	0
%	37,5%	12,5%	12,5%	0,0%	37,5%	0,0%

Fuente: Santana, Piza (2012)

Ilustración 19: Respuestas por niveles, Poder de negociación de proveedores



Fuente: Santana, Piza (2012)

De acuerdo con lo anterior, la intensidad de fuerza de mercado en el poder de negociación de proveedores es 3,13, resultado que demuestra que este factor se encuentra en una posición con tendencia al equilibrio. En resumen, se observa que en el sector el grado de concentración, la presión de sustitutos y la amenaza

de integración hacia adelante es bajo, el nivel de ventaja es medio alto, el nivel de importancia de insumos en el proceso, mientras que la información del proveedor sobre el comprador y el grado de hacinamiento son altos; finalmente los costos de cambio se encuentran equilibrio.

8.1.4 Bienes Sustitutos

De acuerdo con el modelo de Porter (2008), la existencia de bienes sustitutos en un sector no permite que sea atractivo, en especial cuando los niveles de precios de estos productos son bajos y con una excelente calidad. Como en las anteriores fuerzas, la presencia de esta, reduce los márgenes de utilidad afectando los precios de venta en el mercado. A continuación se explica el comportamiento de las diferentes variables que permiten establecer la intensidad de los bienes sustitutos de acuerdo con el modelo de Porter (2008).

La característica más importante de los hospitales universitarios se centra en la generación de conocimiento a partir de la investigación, los programas de docencia con base en los convenios docentes asistenciales con las Universidades con las cuales se efectúen los contratos y los programas de extensión que allí se implementen. Sin embargo, desde el punto de vista del punto central del negocio, la principal función, es la prestación de servicios de salud. Siendo así las cosas, hospitales que no sean universitarios o instituciones especializadas se consideran sustitutos en la medida que puedan cubrir la necesidad principal de la población y de los aseguradores en cuanto a prestación se refiere.

- **Tendencias a mejorar costos:** En la actualidad los costos son uniformes, debido a los controles y regulaciones de las entidades de vigilancia y control, esta es una tendencia no solo del sector sino de todo el sistema. Por lo anterior el mejoramiento en costos es “bajo”.

- **Tendencias a mejorar precios:** Teniendo en cuenta las razones expuestas anteriormente, esta tendencia es “baja” debido a que por las regulaciones, el mejoramiento en costos es difícil y consecuentemente las mejoras en el precio no se pueden dar.
- **Tendencias a mejoras de desempeño:** Todos los hospitales se encuentran en implementación de sistemas de calidad, tales como acreditación y cultura de calidad, en la búsqueda del mejoramiento del desempeño, por lo que se considera que el nivel es “alto”.
- **Tendencias a altos rendimientos:** El comportamiento de los márgenes de rentabilidad del sector de los hospitales Universitarios se ha venido afectando negativamente debido a las diferentes políticas de regulación de tarifas por parte del Gobierno. En esta búsqueda de minimizar los costos del sistema, se afectan concomitantemente los márgenes de cada uno de los actores de la cadena de abastecimiento.

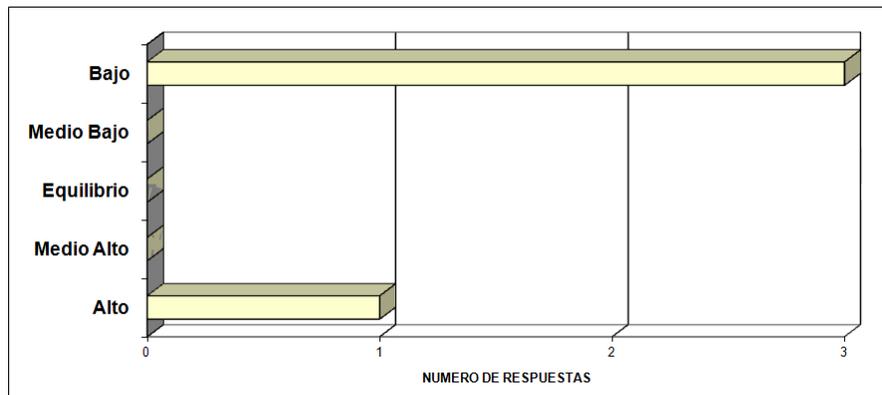
En la Tabla 20 se presenta la calificación y resultado obtenido en cada uno de los componentes de la fuerza bienes sustitutos. Allí se observa la dificultad para mejorar costos, precios y la obtención de altos rendimientos.

Tabla 20: Bienes Sustitutos

BIENES SUSTITUTOS						
	Alto	Medio Alto	Equilibrio	Medio Bajo	Bajo	Inexistente
1 Tendencias a mejorar costos					×	
2 Tendencias a mejorar precios					×	
3 Tendencias a mejoras en desempeño	×					
4 Tendencias a altos rendimientos					×	
EVALUACION FINAL						
BIENES SUSTITUTOS	1	0	0	0	3	0
HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE III NIVEL	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	75,0%	0,0%

Fuente: Santana, Piza (2012)

Ilustración 20: Respuestas por niveles, Bienes Sustitutos



Fuente: Santana, Piza (2012)

De acuerdo con lo anterior, la intensidad de fuerza de mercado de los bienes sustitutos es 2,00, resultado que demuestra que este factor se encuentra en una posición medio baja. En resumen se encuentra que en el sector, la tendencia a mejorar costos, a mejorar precios y a presentar altos rendimientos es baja y la tendencia a mejorar el desempeño es alta. Como se mencionó anteriormente, la posibilidad de acceder a bienes sustitutos existe, sin embargo, en términos de hospitales universitarios se dificulta cada vez más debido a todas las características y normas que se deben cumplir para lograr llegar a ser uno de ellos.

8.1.5 Riesgo de Ingreso

El riesgo de ingreso permite medir la probabilidad o posibilidad que existe para que nuevos entrantes inviertan en el sector analizado (Restrepo, 2009). El análisis de este riesgo implica el estudio de tres grandes aspectos, barrera de entrada, intervenciones gubernamentales y respuesta de los rivales. De acuerdo con la metodología, en la medida que el riesgo sea más alto, las barreras de entrada serán bajas y viceversa. A continuación se explica el comportamiento de las diferentes fuerzas que permiten establecer la intensidad del riesgo de ingreso de acuerdo con el modelo de Porter (2008).

8.1.5.1 Barreras de entrada

- **Niveles de economía de escala:** Las economías de escala permiten bajar los costos medios de producción en la medida que esta se expanda. En el sector acceder a esta situación es difícil dado que independientemente de las capacidades instaladas se deben mantener estándares de contratación de personal, niveles de inventarios, equipamiento médico, por lo que la posibilidad lograr ejecutar este concepto es bajo, por lo tanto el riesgo de ingreso es “alto”.
- **Operaciones compartidas:** Por el nivel de especialización del sector de Hospitales Universitarios no es factible que se logren las operaciones compartidas. Por ejemplo, si se tiene una Unidad de Cuidados Intensivos, tanto el personal como el equipamiento es único para esta unidad de negocio y sería factible acceder a otras unidades para compartir la operación y es posible diluir costos, por lo tanto el riesgo de ingreso se considera “alto”.
- **Acceso privilegiado materias primas:** La función de los hospitales es la atender la enfermedad y por ende ser proveedores de salud, considerando esto último como el producto final. Para lograr este propósito es indispensable contar con personal especializado, equipamiento de alta tecnología, tener acceso a los medicamentos y dispositivos médicos. Acceder a toda esta materia prima es costoso y no es de fácil consecución, por ende se considera que el riesgo de ingreso es “alto”.
- **Procesos productivos especiales:** A pesar de la alta especialización de los hospitales, en general los procesos productivos está estandarizados a través de guías de manejo de la enfermedad y técnicas quirúrgicas de operación que no difieren significativamente entre las instituciones, incluso a nivel mundial. Por lo tanto se considera que los procesos productivos son de fácil imitación y el riesgo de ingreso en “alto”.

- **Curva de Aprendizaje / Curva de Experiencia:** La curva de aprendizaje del sector hospitalario universitario por el mismo hecho de la generación de conocimiento y formación de escuelas en salud es de alta complejidad, así mismo la experiencia requerida debe ser de alta trayectoria, factores que se convierten en “bajo” el riesgo de ingreso y de difícil superación.
- **Costos Compartidos:** Dado que esta situación es una economía de escala en segundo grado en la que las organizaciones buscan con los mismos recursos producir varios bienes o servicios, en los hospitales universitarios no es posible generar este tipo de eficiencias, por lo tanto el riesgo de ingreso se considera “alto”.
- **Tecnología:** El riesgo de ingreso se considera que es “bajo” porque uno de los pilares fundamentales en la asistencia en salud son las tecnologías, no solo en el componente medico asistencial, sino para lo relacionado con Tecnologías en Información.
- **Tiempos de respuesta:** En el sector salud los tiempos de respuesta dependen del tipo de servicios que se atienda, en unos casos los tiempos deben ser inmediatos, en otros sin que sean inmediatos, deben tener una debida oportunidad, por ejemplo consulta externa. Por lo anterior el riesgo de ingreso considera “media bajo”.
- **Posición de marca:** Si bien la marca es importante para cualquier organización, y existen en el sector hospitales reconocidos por su marca, no constituye un factor de importancia para que se establezca una alta barrera de entrada, por lo tanto se considera el riesgo de ingreso “medio alto”.
- **Posición de diseño:** Esta condición es inexistente, en consecuencia el riesgo de ingreso es “alto”.

- **Posición de servicio:** Esta es una característica o cualidad considerada como requisito mínimo esencial para la operación de un hospital universitario, por ende todos los hospitales deben cumplir con esto, por lo tanto el riesgo de ingreso es “alto”
- **Posición de precio:** La libertad de precios en el sector está limitada en dos sentidos, desde los aseguradores y las regulaciones del estado, por lo tanto el riesgo de ingreso es “bajo”.
- **Patentes:** Esta condición en el presente del sector, es inexistente, en consecuencia el riesgo de ingreso es “alto”.
- **Niveles de inversión:** El riesgo de ingreso es “bajo”, dado que los montos de inversión por las tecnologías biomédicas, infraestructura especializada, recursos, entre otros son elevados.
- **Acceso a canales:** Dado que los prestadores son los últimos en la cadena no aplica este concepto, en consecuencia el riesgo de ingreso es “alto”.

8.1.5.2 Políticas Gubernamentales

- **Niveles de Aranceles:** Los costos de tecnología en salud son altos e indispensables, si a esto se le adiciona los gravámenes asociados los cuales incrementan el costo de inversión, por ende se considera que el riesgo de ingreso es “bajo”.
- **Niveles de subsidio:** Con respecto a esta variable, no existen subsidios en el sector de los hospitales universitarios por lo tanto el riesgo de ingreso es “alto”.

- **Regulaciones y marco legal:** Son excesivas las leyes y regulaciones para el sector, adicionalmente es muy dinámica y cambiante, todo esto representa una "bajo" riesgo de ingreso, dado que se pierde atraktividad.
- **Grado de impuestos:** Dependiendo de la figura jurídica de constitución de los hospitales universitarios, el grado de impuestos impactará en mayor o menor medida, especialmente el referente a la renta. En el caso de los impuestos distritales, todos son objeto del gravamen. No existe ningún tipo de beneficio asociado al sector. Por lo tanto el riesgo de ingreso se considera en "equilibrio".

8.1.5.3 Respuesta de Rivaless

- **Nivel de Liquidez:** Debido a la situación actual del ciclo del dinero en el sector, los niveles de capital de trabajo son muy exigentes, por lo tanto el riesgo de ingreso es "bajo".
- **Capacidad de endeudamiento:** La capacidad de endeudamiento de los integrantes del sector es baja, debido al frecuente acceso de recursos bajo esta modalidad. Lo anterior no es impedimento para que un nuevo participante ingrese al sector, en consecuencia el riesgo de ingreso es "alto".

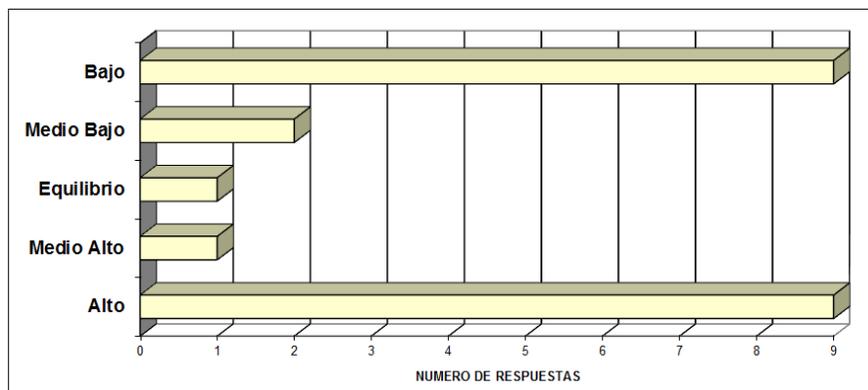
A continuación se encuentra la tabla de registro de la calificación para evaluar el riesgo de ingreso:

Tabla 21: Riesgo de Ingreso

RIESGO DE INGRESO							
	Alto	Medio Alto	Equilibrio	Medio Bajo	Bajo	Inexistente	
Barreras de Entrada Ocultar detalle							
1 Niveles de economías de escala	x						
2 Operaciones Compartidas Mostrar	x						
3 Acceso privilegiado materias primas					x		
4 Procesos productivos especiales	x						
5 Curva de aprendizaje					x		
6 Curva de experiencia					x		
7 Costos Compartidos				x			
8 Tecnología					x		
9						x	
10 Tiempos de Respuesta				x			
11 Posición de Marca		x					
12 Posición de Diseño	x						
13 Posición de Servicio	x						
14 Posición de Precio					x		
15 Patentes	x						
16 Niveles de Inversión	x						
17 Acceso a Canales	x						
Políticas Gubernamentales							
18 Niveles de Aranceles					x		
19 Niveles de Subsidio	x						
20 Regulaciones y marco legal					x		
21 Grados de Impuestos			x				
Respuesta de Rivales							
22 Nivel de liquidez					x		
23 Capacidad de endeudamiento	x						
EVALUACION FINAL							
RIESGO DE INGRESO	Alto	Medio Alto	Equilibrio	Medio Bajo	Bajo	Inexistente	
N	10	1	1	2	8	1	
HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE III NIVEL	%	43,5%	4,3%	4,3%	8,7%	34,8%	4,3%

Fuente: Santana, Piza (2012)

Ilustración 21: Respuestas por niveles, Riesgo de Ingreso



Fuente: Santana, Piza (2012)

De acuerdo con lo anterior, la intensidad en el riesgo de ingreso es 2,96, resultado que demuestra que este factor se encuentra en una posición medio baja, elemento

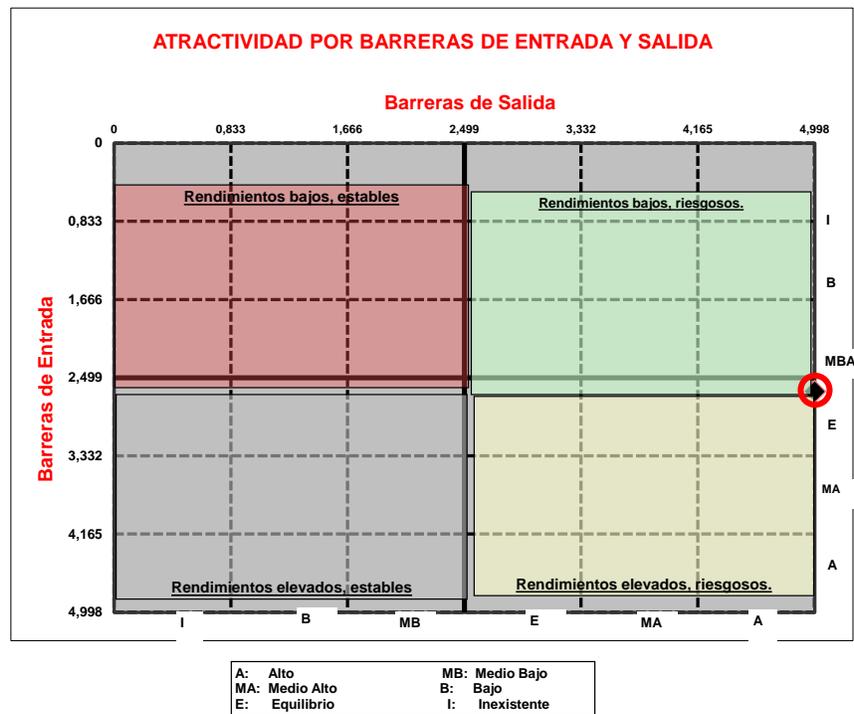
que se relaciona con la existencia de un estado de riesgo intermedio con respecto a la entrada de nuevos competidores. En resumen, se encuentra que en el sector, los niveles de economías de escala, operaciones compartidas, procesos productivos especiales, costos compartidos, posición de diseño, posición de servicio, patentes, acceso a canales, niveles de subsidio y capacidad de endeudamiento es alta, posición de marca es medio alta, grado de impuestos se encuentra en equilibrio, y tiempos de respuesta es medio bajo, acceso privilegiado a materias primas, curva de aprendizaje, curva de experiencia, tecnología, posición de precio, niveles de inversión, niveles de aranceles, regulaciones y nivel de liquidez es bajo.

9 DETERMINACION DEL NIVEL DE ATRACTIVIDAD

De acuerdo con la metodología de calificación de las fuerzas, se obtiene la ilustración que permite determinar la atractividad por barreras de entrada y de salida. El sector presenta barreras de entrada con tendencia al equilibrio (2,52), por tanto, el riesgo de ingreso mantiene dicha tendencia. El poder de negociación de los compradores es alto, en consecuencia la exigencia en los resultados y la presión en los precios impactan los márgenes de utilidad de las instituciones. A pesar que el poder de negociación de los proveedores se encuentra en niveles de equilibrio, existe una presión financiera debido a la demora de los pagos por parte de los aseguradores lo cual impacta negativamente en los resultados finales de los Hospitales por los consecuentes sobrecostos.

A continuación se presenta los resultados de la atracción por barrera de entrada y salida.

Ilustración 22: Atractividad del sector por barrera de entrada y salida.



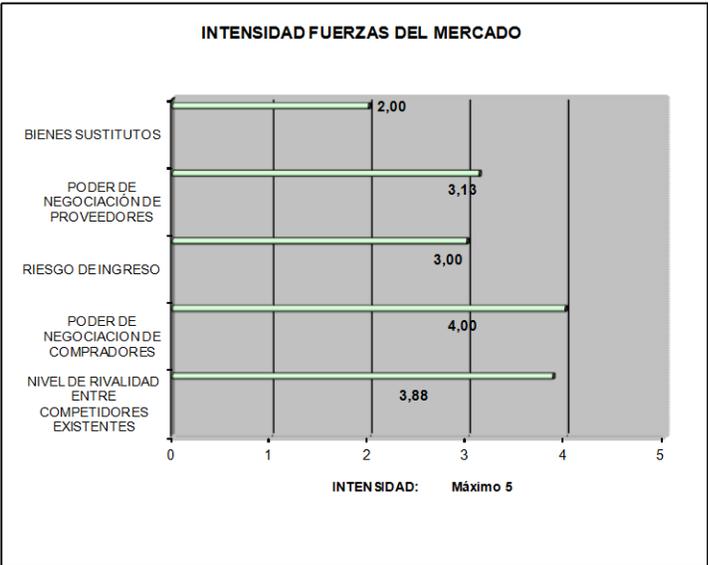
Fuente: Santana, Piza (2012)

De acuerdo con la evaluación de la intensidad de las fuerzas del mercado, las barreras de entrada se encuentran como se dijo anteriormente con tendencia al equilibrio (2,52) y las barreras de salida tienen una posición alta (5); estos valores permiten concluir que el resultado del nivel de atractividad es una posición con tendencia a rendimientos elevados riesgosos. De acuerdo a lo anterior se evidencia la necesidad de implementar estrategias encaminadas a fortalecer la posición de los hospitales en cuanto a la forma de relacionarse tanto con los proveedores como con los compradores, en la búsqueda del desplazamiento del nivel de atractividad actual hacia los rendimientos elevados estables. Cabe recordar, que el sector es de gran importancia para el desarrollo y la economía del país, sin embargo, se ratifican las dificultades observadas por las fricciones que se generan desde los proveedores y especialmente el de los compradores con su poder de negociación.

De acuerdo con el tamaño de las barreras de entrada y salida, se presentan a continuación los resultados generales de estudio.

Ilustración 23: Respuestas por niveles, Riesgo de Ingreso

NIVEL DE RIVALIDAD ENTRE COMPETIDORES EXISTENTES	3,88
PODER DE NEGOCIACION DE COMPRADORES	4,00
RIESGO DE INGRESO	3,00
PODER DE NEGOCIACIÓN DE PROVEEDORES	3,13
BIENES SUSTITUTOS	2,00



Fuente: Santana, Piza (2012)

10 ESTUDIO DE COMPETIDORES

Dentro de la metodología del Análisis Estructural de los Sectores Estratégicos, se identifica como cuarta etapa de investigación, la fase denominada, el estudio de competidores la cual tiene como objeto observar el comportamiento de cada uno de los competidores desde su crecimiento potencial sostenible, la erosión de la productividad, la estrategia y los supuestos sectoriales, con el propósito de emitir conclusiones con respecto a la estrategia de mezcla de mercado de cada uno de ellos.

Dentro de esta fase se utilizarán dos de las categorías definidas por Restrepo y Rivera (2008): una primera que es la relacionada con los supuestos del sector y la otra, denominada crecimiento potencial sostenible. Debido a las restricciones del sector para el suministro de la información necesaria para desarrollar las otras dos categorías definidas por la metodología Restrepo y Rivera (2008), no se llevaron a cabo los Deltas de utilidad e ingreso ni los Índices de erosión.

10.1 Supuestos del sector

En la determinación de los supuestos sectoriales, resulta importante mencionar lo expuesto por Restrepo y Rivera (2008) relacionado con la necesidad de evaluar cuales son las fortalezas y debilidades de un sector en términos de la mezcla de mercado. La finalidad de desarrollar estos supuestos, aporta a que las organizaciones establezcan su capacidad de dar respuesta frente a los mismos y enfrentarse así al entorno (Restrepo y Rivera, 2008).

El primer supuesto está enmarcado dentro de los modelos de gestión administrativa y financiera, en el sentido que el manejo y administración de los recursos se antepone a los beneficios sociales del sistema de salud, es decir, el foco principal de preocupación se ha concentrado en el poder de obtener recursos para la operación y sus inversiones. Lo anterior, en detrimento del fortalecimiento

de modelos de gestión eficientes y de mecanismos de control adecuados, lo cual pone en riesgo el sistema, impactando además de forma negativa la atención de los usuarios desde los principales indicadores asistenciales y generando una equivocada sensación de control. El sector de los hospitales universitarios está inmerso en el supuesto de diferenciación de sus servicios, pero en las pruebas de hacinamiento de este trabajo es evidente que existe imitación en el tiempo, luego la diferenciación es supuesta.

De otro lado, en los inicios de la ley 100, la distribución porcentual entre régimen contributivo y régimen subsidiado se encontraba en mayor proporción en el contributivo, lo que garantizaba el ingreso de recursos suficientes para el sostenimiento del sistema. Si bien la cobertura poblacional no era amplia en ese momento y el posterior afán del gobierno por cumplir la meta de cobertura, se incrementó la misma a expensas del subsidiado. Lo anterior se traduce en una disminución de los recursos per cápita y en contraparte una mayor población demandando asistencia, la cual tiene una mayor prevalencia de enfermedades. La anterior situación ha elevado el costo de la atención pero con menos recursos disponibles y como resultado de esto, se evidencia en los análisis efectuados durante el desarrollo de esta investigación, que las estrategias adoptadas están centradas en la austeridad y contención en el costo y gasto.

En conclusión se tiene que los principales supuestos de sistema están dados por los siguientes aspectos:

- Sistemas de gestión administrativa y financiera enfocados a la administración de recursos económicos.
- Convicción a nivel directivo que el sector está controlado, sin embargo, los resultados de la investigación, así como, el de los estados financieros evidencian variabilidad e inestabilidad de los mismos.
- Dificultades en el modelo financiación del sistema y su flujo de recursos.

10.2 Cálculo del Crecimiento potencial sostenible

El resultado de la gestión de las organizaciones se evidencia en la medida que pueden mantenerse en los sectores donde se desempeñan a través del tiempo. Los mecanismos de medición son importantes para entender los resultados de los administradores, así como poder implementar acciones con el propósito de reforzar las estrategias implementadas, o por el contrario, tomar las medidas necesarias para re direccionar aquellas actividades que generan posibles detrimentos en los resultados.

El crecimiento potencial sostenible está basado en la combinación del cálculo del crecimiento intrínseco y el crecimiento extrínseco. El crecimiento intrínseco representa el resultado operacional de las empresas, que de lograrse, permite la generación de recursos para efectuar inversiones de mantenimiento o de expansión, a partir de medidas como la diversificación de nuevos mercados y la potencialización de su negocio, procesos de investigación y desarrollo que también permiten el crecimiento y la generación de valor en las instituciones. El crecimiento que una empresa también se logra a partir de la obtención de recursos externos, como el crédito, o la emisión de títulos valores, lo anterior se denomina crecimiento extrínseco (Restrepo y Rivera 2008).

Los cálculos están basados en la información financiera con la cual se desarrolló el hacinamiento cuantitativo. Esta información corresponde a los siguientes rubros: Activos totales, obligaciones de corto y largo plazo, dividendos, total pasivos, reservas, patrimonio y utilidades.

10.2.1. Crecimiento intrínseco y extrínseco

A partir de la información financiera obtenida por parte de los hospitales objeto del estudio y teniendo en cuenta lo sugerido por Restrepo y Rivera (2008), se aplicó la metodología correspondiente para el cálculo del crecimiento extrínseco e intrínseco.

A continuación se presenta el cálculo de los indicadores y el resultado del Crecimiento Potencial Sostenible, para cada uno de los Hospitales en estudio y los años observados (2008, 2009, 2010 y 2011).

Tabla 22: Cálculo Crecimiento Potencial Sostenible (2008)

2008					
	HOSPITAL A	HOSPITAL B	HOSPITAL C	HOSPITAL D	HOSPITAL E
Activo Total	73.971.293	25.088.745	204.100.064	48.907.513	160.684.686
Obligaciones Financieras (corto plazo)	0	0	0	2.849.603	23.134.850
Obligaciones Financieras (largo plazo)	0	6.060.768	129.000.004	10.640.150	21.888.825
Dividendos	0	0	0	0	0
Pasivo Total	8.510.616	23.028.238	184.598.209	46.135.557	101.994.366
Reservas	0	0	0	0	0
Utilidades	4.556.574	1.836.656	-7.712.052	2.871.000	689.302
Patrimonio	65.460.677	2.060.507	19.501.855	2.771.956	58.690.320
	12%	92%	90%	94%	63%
CALCULO CRECIMIENTO INTRINSECO = R'a * P					
Calculo de R'a					
Rá =	$\frac{U + (\%) (D)}{AT}$				
(%) =	0	0	0	2.849.603	23.134.850
	8.510.616	23.028.238	184.598.209	46.135.557	101.994.366
(%) =	0,0%	0,0%	0,0%	6,2%	22,7%
Rá =	6,2%	7,3%	-3,8%	11,7%	14,8%
Calculo de retención de utilidades					
P =	1	1	1	1	1
Crecimiento intrínseco = R'a * P	6,2%	7,3%	-3,8%	11,7%	14,8%
CALCULO CRECIMIENTO EXTRINSECO = (D/E) * P * (R'a - i)					
Crecimiento extrínseco	0,8%	81,8%	-35,8%	91,9%	-13,7%
CALCULO CRECIMIENTO POTENCIAL SOSTENIBLE					
(Cre. Intrínseco + Cre. Extrínseco)	7,0%	89,1%	-39,5%	103,6%	1,2%

Fuente: Santana, Piza (2012)

Tabla 23: Cálculo Crecimiento Potencial Sostenible (2009)

2009					
	HOSPITAL A	HOSPITAL B	HOSPITAL C	HOSPITAL D	HOSPITAL E
Activo Total	85.679.278	36.949.413	234.200.543	60.385.287	157.231.731
Obligaciones Financieras (corto plazo)	0	5.527.310	5.767.184	5.562.740	22.972.822
Obligaciones Financieras (largo plazo)	0	0	123.236.816	12.764.684	16.132.921
Dividendos	0	0	0	0	0
Pasivo Total	8.020.053	30.785.509	213.300.534	50.694.875	107.549.118
Reservas	0	0	0	0	0
Utilidades	12.174.390	4.103.397	-5.245.835	4.769.696	-9.272.490
Patrimonio	77.659.225	6.163.904	20.900.009	9.690.412	49.682.613
	9%	83%	91%	84%	68%
CALCULO CRECIMIENTO INTRINSECO = R'a * P					
Calculo de R'a					
Rá =	$\frac{U + (\%) (D)}{AT}$				
(%) =	0	5.527.310	5.767.184	5.562.740	22.972.822
	8.020.053	30.785.509	213.300.534	50.694.875	107.549.118
(%) =	0,0%	18,0%	2,7%	11,0%	21,4%
Rá =	14,2%	26,1%	0,2%	17,1%	8,7%
Calculo de retención de utilidades					
P =	1	1	1	1	1
Crecimiento intrínseco = R'a * P	14,2%	26,1%	0,2%	17,1%	8,7%
CALCULO CRECIMIENTO EXTRINSECO = (D/E) * P * (R'a - i)					
Crecimiento extrínseco	1,5%	40,5%	-25,3%	32,1%	-27,4%
CALCULO CRECIMIENTO POTENCIAL SOSTENIBLE					
(Cre. Intrínseco - Cre. Extrínseco)	15,7%	66,6%	-25,1%	49,2%	-18,7%

Fuente: Santana, Piza (2012)

Tabla 24: Cálculo Crecimiento Potencial Sostenible (2010)

2010					
	HOSPITAL A	HOSPITAL B	HOSPITAL C	HOSPITAL D	HOSPITAL E
Activo Total	98.918.200	48.644.489	230.406.436	68.562.410	133.579.754
Obligaciones Financieras (corto plazo)	0	2.328.595	9.453.659	3.977.136	20.067.123
Obligaciones Financieras (largo plazo)	0	1.333.333	115.388.921	8.508.343	5.732.878
Dividendos	0	0	0	0	0
Pasivo Total	14.947.100	34.150.218	205.222.224	52.827.740	113.479.790
Reservas	0	0	0	0	0
Utilidades	13.238.922	8.330.366	-1.787.837	5.413.419	-30.860.860
Patrimonio	83.971.100	14.494.271	25.184.212	15.734.670	20.099.964
	15%	70%	89%	77%	85%
CALCULO CRECIMIENTO INTRINSECO = R'a * P					
Calculo de R'a					
Rá =	$\frac{U + (\%) (D)}{AT}$				
(%) =	0	2.328.595	9.453.659	3.977.136	20.067.123
	14.947.100	34.150.218	205.222.224	52.827.740	113.479.790
(%) =	0,0%	6,8%	4,6%	7,5%	17,7%
Rá =	13,4%	21,9%	3,3%	13,7%	-8,1%
Calculo de retención de utilidades					
P =	1	1	1	1	1
Crecimiento intrínseco = R'a * P	13,4%	21,9%	3,3%	13,7%	-8,1%
CALCULO CRECIMIENTO EXTRINSECO = (D/E) * P * (R'a - i)					
Crecimiento extrínseco	2,4%	35,6%	-10,4%	20,7%	-145,5%
CALCULO CRECIMIENTO POTENCIAL SOSTENIBLE					
(Cre. Intrínseco - Cre. Extrínseco)	15,8%	57,5%	-7,1%	34,4%	-153,5%

Fuente: Santana, Piza (2012)

Tabla 25: Cálculo Crecimiento Potencial Sostenible (2011)

2011					
	HOSPITAL A	HOSPITAL B	HOSPITAL C	HOSPITAL D	HOSPITAL E
Activo Total	107.498.300	52.441.191	270.774.842	82.963.526	132.985.859
Obligaciones Financieras (corto plazo)	0	1.427.500	9.598.816	6.938.824	19.101.362
Obligaciones Financieras (largo plazo)	0	2.000.000	108.801.835	11.382.052	5.483.960
Dividendos	0	0	0	0	0
Pasivo Total	19.194.500	29.937.628	207.821.625	65.120.747	122.377.313
Reservas	0	0	0	0	0
Utilidades	8.580.100	8.009.292	-4.803.928	7.462.041	-13.591.420
Patrimonio	88.303.800	22.503.563	62.953.217	17.842.779	10.608.546
	18%	57%	77%	78%	92%
CALCULO CRECIMIENTO INTRINSECO = R'a * P					
Calculo de R'a					
R'a =	$\frac{U + (\%) (D)}{AT}$				
(%) =	0	1.427.500	9.598.816	6.938.824	19.101.362
	19.194.500	29.937.628	207.821.625	65.120.747	122.377.313
(%) =	0,0%	4,8%	4,6%	10,7%	15,6%
R'a =	8,0%	18,0%	1,8%	17,4%	4,1%
Calculo de retención de utilidades					
P =	1	1	1	1	1
Crecimiento intrínseco = R'a * P	8,0%	18,0%	1,8%	17,4%	4,1%
CALCULO CRECIMIENTO EXTRINSECO = (D/E) * P * (R'a - i)					
Crecimiento extrínseco	1,7%	17,6%	-9,4%	24,5%	-132,3%
CALCULO CRECIMIENTO POTENCIAL SOSTENIBLE					
(Cre. Intrínseco - Cre. Extrínseco)	9,7%	35,6%	-7,6%	41,8%	-128,1%

Fuente: Santana, Piza (2012)

Tabla 26: Cálculo Crecimiento Potencial Sostenible, Crecimiento intrínseco y Crecimiento extrínseco (2008-2011)

Crecimiento Potencial Sostenible				
	2008	2009	2010	2011
HOSPITAL A	7,0%	15,7%	15,8%	9,7%
HOSPITAL B	89,1%	66,6%	57,5%	35,6%
HOSPITAL C	-39,5%	-25,1%	-7,1%	-7,6%
HOSPITAL D	103,6%	49,2%	34,4%	41,8%
HOSPITAL E	1,2%	-18,7%	-153,5%	-128,1%

Crecimiento Intrínseco				
	2008	2009	2010	2011
HOSPITAL A	6,2%	14,2%	13,4%	8,0%
HOSPITAL B	7,3%	26,1%	21,9%	18,0%
HOSPITAL C	-3,8%	0,2%	3,3%	1,8%
HOSPITAL D	11,7%	17,1%	13,7%	17,4%
HOSPITAL E	14,8%	8,7%	-8,1%	4,1%

Crecimiento Extrínseco				
	2008	2009	2010	2011
HOSPITAL A	0,8%	1,5%	2,4%	1,7%
HOSPITAL B	81,8%	40,5%	35,6%	17,6%
HOSPITAL C	-35,8%	-25,3%	-10,4%	-9,4%
HOSPITAL D	91,9%	32,1%	20,7%	24,5%
HOSPITAL E	-13,7%	-27,4%	-145,5%	-132,3%

Fuente: Santana, Piza (2012)

De acuerdo con la información y entendiendo que el crecimiento potencial sostenible se expresa como la combinación tanto del crecimiento intrínseco como el extrínseco, en donde el primero es el resultado de la explotación de los recursos operacionales y el segundo es el mecanismo de potenciar el crecimiento a partir de la obtención de recursos externos (Restrepo y Rivera 2008), podemos observar como los Hospitales en análisis presentan crecimientos extrínsecos en decrecimiento, indicando así, que la generación de valor a partir de este sistema no ha sido favorable para su sostenibilidad, sin embargo se observa como el hospital C presenta una tendencia positiva, lo cual indica que este crecimiento está siendo gestionado al igual que el crecimiento intrínseco. El hospital A mantiene un crecimiento a partir de los recursos externos estable y su operación no tiene una tendencia clara.

Desde el punto de vista del sector, se observan niveles de endeudamiento altos (Pasivo/Activos), sugiriendo así la necesidad de recursos para la operación y para desarrollar los planes de inversión. En promedio el nivel de endeudamiento del sector para el año 2008 fue del 71%, 2009 del 71%, 2010 del 73% y 2011 del 69%. Sin embargo, si se excluye al hospital A de la medida, los niveles se encuentran en niveles del 81% para el año 2008 y del 79% para el año 2011, demostrando así, que la generalidad de los hospitales es recurrir a recursos externos para su desarrollo, lo que compromete negativamente el crecimiento potencial sostenible.

En la tabla 27, se presenta el resultado agregado para los años en estudio del crecimiento potencial sostenible, en ella se observa como el crecimiento intrínseco es inestable debido a la variabilidad de los resultados de las utilidades y el crecimiento extrínseco presenta una tendencia negativa, siendo el año 2010 un momento importante para tomar decisiones respecto a la estrategia y ejecutar acciones para mejorar la estructura financiera conducentes a lograr un crecimiento potencial positivo. De no efectuar estos ajustes, existe la posibilidad que las organizaciones deban tomar acciones tales como salir del mercado o comprometer su perdurabilidad.

Tabla 27: Resultado agregado del Sector Crecimiento Potencial Sostenible, Crecimiento intrínseco y Crecimiento extrínseco (2008-2010)

TOTAL SECTOR				
	2008	2009	2010	2011
Activo Total	512.752.301	574.446.252	580.111.289	646.663.718
Obligaciones Financieras (corto plazo)	25.984.453	39.830.056	35.826.513	37.066.502
Obligaciones Financieras (largo plazo)	167.589.747	152.134.421	130.963.475	127.667.847
Dividendos	0	0	0	0
Pasivo Total	364.266.986	410.350.089	420.627.072	444.451.813
Reservas	0	0	0	0
Utilidades	2.241.480	6.529.158	-5.665.990	5.656.085
Patrimonio	148.485.315	164.096.163	159.484.217	202.211.905
	71%	71%	73%	69%
CALCULO CRECIMIENTO INTRINSECO = R'a * P				
Calculo de R'a				
Rá =	$\frac{U + (\%) (D)}{AT}$			
(%) =	$\frac{25.984.453}{364.266.986}$	$\frac{39.830.056}{410.350.089}$	$\frac{35.826.513}{420.627.072}$	$\frac{37.066.502}{444.451.813}$
(%) =	7,1%	9,7%	8,5%	8,3%
Rá =	5,5%	8,1%	5,2%	6,6%
Calculo de retención de utilidades				
P =	1	1	1	1
Crecimiento intrínseco = R'a * P	5,5%	8,1%	5,2%	6,6%
CALCULO CRECIMIENTO EXTRINSECO = (D/E) * P * (R'a - i)				
Crecimiento extrínseco	-4,0%	-4,1%	-8,8%	-3,8%
CALCULO CRECIMIENTO POTENCIAL SOSTENIBLE				
(Cre. Intrínseco - Cre. Extrínseco)	1,5%	4,0%	-3,6%	2,8%

Fuente: Santana, Piza (2012)

10.3 Deltas de Utilidad e Ingreso

A partir de la información financiera obtenida por parte de los hospitales objeto del estudio y teniendo en cuenta lo sugerido por Restrepo y Rivera (2008), se aplicó la

metodología correspondiente para el cálculo de los deltas de utilidad e ingreso y partir de estos se estableció el cálculo de erosión estratégica y de la productividad.

A continuación se presenta el cálculo de los deltas, así como el cálculo de los índices de erosión para cada uno de los Hospitales en estudio y los años observados (2008, 2009, 2010 y 2011).

Tabla 28: Deltas utilidad operativa, ingresos y egresos – Relación utilidad/ingreso e ingreso/utilidad para el sector

	2009	2010	2011
Delta Utilidad Operativa	62,1%	93,6%	2,5%
Delta Total Ingresos	26,5%	6,4%	5,2%
Delta Total Egresos	25,6%	3,5%	5,4%
Utilidad/Ingreso (veces)	2,34	14,58	0,47
Ingreso/Utilidad (veces)	0,43	0,07	2,12

Fuente: Santana, Piza (2012)

De acuerdo con los resultados, se observa como durante los dos primeros años, la tasa de crecimiento de la utilidad, es mayor a la de los ingresos. Para el último años, la situación se invierte, es decir, que la tasa de los ingresos es mayor a la tasa de crecimiento de las utilidades, sin embargo, el crecimiento de los ingresos, año tras año es decreciente. De acuerdo con lo anterior, se puede evidenciar erosión estratégica en el sector, la capacidad de generar ingresos no se evidencia y es coherente con el análisis del panorama competitivo, en el cual se observa que las instituciones del sector no innovan y existe poca penetración en nuevos mercados. Se evidencia entonces que la estrategia se ha basado en la disminución del gasto o del costo y así poder generar utilidades operativas, lo cual se corrobora con márgenes operativos del 3% durante los dos primeros años y del 6% para los dos años siguientes. Desde lo estratégico entonces, el sector se encuentra en alto riesgo de desaparecer si se mantienen estas tendencias.

En cuanto al índice de productividad, se observa como durante el último año, la tasa de crecimiento del ingreso fue superior al de las utilidades, esta situación se puede calificar como erosión de la productividad, soportada adicionalmente en el

crecimiento de los egresos, levemente superior al de los ingresos (5.4% frente a 5.2%), pero indicando que las medidas adoptadas y evidenciadas en los resultados no son las adecuadas, lo que desde el punto de vista del análisis el crecimiento de los costos por sobre los ingresos comprometen la perdurabilidad del sector.

11 CONCLUSIONES

- El sector tiende al equilibrio competitivo; los cinco hospitales universitarios de la ciudad de Bogotá evaluados se encuentran en un sector que amenaza su permanencia en el tiempo. Lo anterior está dado porque las organizaciones no presentan factores diferenciadores y una alta imitación, situaciones que se evidencian porque a lo largo de su existencia, dichos hospitales se han caracterizado por ofrecer los mismos servicios, utilizando los canales idénticos, bajo los proveedores parecidos e incluso el mismo grupo comprador, a su vez, presentándose similitudes en tecnologías y manejando en sus esquemas de dirección equivalentes supuestos y mecanismos de negociación. Este escenario ha impactado de forma negativa el resultado financiero de las instituciones, con alta tendencia a la erosión; en parte, lo anterior es imputable a la intervención gubernamental y la inestabilidad derivada de ello, lo cual no permite tomar decisiones de largo plazo sino que por el contrario obliga a que las organizaciones recurran a mecanismos de gestión reactiva.
- Las oportunidades del sector estratégico son variadas y dependen de la capacidad de innovación en cada una de las organizaciones (hospitales universitarios en Bogotá). Partiendo del levantamiento y el análisis de la matriz del panorama competitivo, se observan áreas desatendidas en las necesidades como la investigación y las acreditaciones en salud. Luego, orientar los esfuerzos hacia estas dos variables, generaría factores diferenciadores que no solo impactaría en costo eficiencia de las instituciones en términos de optimización de los recursos, mejoras en los costos y generando más rentabilidad, sino que se obtendrían resultados adecuados sobre la seguridad del paciente. A su vez, es una constante, que los hospitales estudiados poseen un corte general en la atención, es decir, que hacen ofrecen variedad de servicios en todas las áreas de la medicina sin un enfoque especializado. En suma, todo lo anterior impacta los resultados asistenciales de manera negativa, debido a que la falta de especialización en salud deriva en

resultados adversos en la atención del paciente, afectando también aspectos administrativos y financieros de los hospitales. El desarrollo de centros de excelencia que conjugan equipos de trabajo de alto nivel de especialización, volumen en los procedimientos y el desarrollo de la investigación, pueden ser un diferenciador en el mercado. Esto permitirá a las organizaciones salir del círculo de la imitación y el hacinamiento, contribuyendo así a la perdurabilidad en el sector.

- En síntesis, la intensidad de la rivalidad entre competidores es medio alta, debido al alto nivel de concentración, costos fijos, hacinamiento y barreras de salida del sector. De otro lado, la intensidad del poder de negociación de los compradores es alta, lo cual concede una posición de ventaja para la negociación de precios y para la exigencia de valores agregados a los hospitales. Con respecto al poder de negociación de los proveedores, la intensidad tiene una tendencia al equilibrio, indicando que la relación entre proveedores y hospitales es estable, sin evidencia de ventajas significativas para los dos, sin embargo, esta situación resulta sensible ante cualquier variación de precios, normatividad, y flujo de recursos. Finalmente, la intensidad del riesgo de ingreso se encuentra en una posición medio baja.

Con lo anterior se concluye que la dinámica de las fuerzas del sector presenta complicaciones desde la óptica inversionista, conllevando a rendimientos elevados riesgosos y tendencia a rendimientos bajos riesgosos, por su ubicación limítrofe entre los dos cuadrantes (ver ilustración 22). Esto obliga a pensar que es necesario reorientar la gestión del sector hacia el fortalecimiento de las relaciones de los hospitales con los compradores y proveedores, sobre la base de un previo fortalecimiento de las alianzas estratégicas entre los mismos competidores, con ello se pasaría de la suma cero a una suma positiva para el sector en general y adicionalmente, generaría una mayor atractividad del sector, jalonando un desplazamiento hacia el cuadrante de rendimientos elevados estables.

- Partiendo de los hallazgos, principalmente en lo que a rivalidad entre competidores se refiere, la posición estratégica del sector estudiado no es la más favorable. Se encontró un sector con alto nivel de bilocación, en cuál los actores no tienen dicha posición estratégica definida, buscan disminución de costos y abastecen varios segmentos; al respecto, no se evidenció ubicación estratégica definida en términos de factores diferenciadores ni aspectos generadores de valor, a su vez, tampoco se percibió exclusividad, dada la alta imitación que tiene el sector. Lo anterior, no permite que las organizaciones del sector posean liderazgo en costos y la suma de todas estas variables limita el crecimiento potencial sostenible. En resumen, se refuerza la necesidad de definir rutas estratégicas en el sector encaminadas a la búsqueda de alianzas y otras alternativas de acción para fortalecerlo, definiendo la posición estratégica y ahondar en la diferenciadores, contribuyendo así no solo a mejorar el sector de manera global sino en general el sistema de salud.

12 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arroyave, I. (2009). *La Organización de la Salud en Colombia*. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paul.
- CEPAL. (2003). *Género en el Sistema Previsional de Pensiones, Perspectiva de la Ciudadanía*. Bolivia: Reunión de Expertos El Impacto de la Reforma de Pensiones en Bolivia sobre la equidad de Género. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Cook, M., & Irby, D. (2006). *American Medical Education 100 Years after the Flexner Report*. *The New England Journal of Medicine*, 355(13), 1339-1344.
- Congreso de la República de Colombia. (1990). *Ley 10*. Bogotá: Ley por medio de la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 60*. Bogotá: Ley por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100*. Bogotá: Ley por la cual se decreta el sistema de seguridad integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1122*. Bogotá: Ley que tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438*. Bogotá: Ley por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.
- Domínguez, M. (2007). *Los Merizalde, Médicos y Políticos al servicio de la independencia Colombiana*. Madrid: XIV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles. Congreso Internacional 1810-2010: 200 años de Iberoamérica.
- Foucault, M. (1978). *Incorporación del Hospital en la tecnología moderna*. Brasil: Universidad Estatal de Rio de Janeiro.

- Flórez, C., & Ramos, M. (1998). *Seguro de Responsabilidad Profesional en el Contexto de la Ley 100 de 1993, Sistema de Seguridad Social en salud*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- González, J. (2002). *Salud y seguridad social: Entre la solidaridad y la equidad*. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Mejía, A. (2007). *Determinantes del acceso a servicios de salud en Antioquia*. Medellín: Colombia. Universidad de Antioquia.
- Ministerio de la Protección Social. (2006). *Resolución 1043*. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. Bogotá, Colombia
- Ministerio de la Protección Social. (2009). *1er. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud. "INCAS Colombia 2009"*. Bogotá, Colombia.
- Mogollón, J. (2012). *Informe de análisis de entorno externo*. Archivo Dirección de Planeación Corporación Hospitalaria Juan Ciudad. Bogotá, Colombia.
- Morales, L. (1997). *Serie Financiamiento del desarrollo: El Financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia*. Comisión económica para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Naciones Unidas
- Naciones Unidas. (2011). *Informe de cumplimiento de Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, II Informe de Seguimiento (2008)*. Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica.
- Pinzón, C. (2008). *Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica*. Bogotá: Acta Médica Colombiana. 33(1). 33-41.
- Porter, M. (2008). *On Competition*. United States: A Harvard Business Review Book.
- Presidencia de la República de Colombia. (1987). *Decreto 77 de 1987*. Colombia: Decreto por el cual se expide el Estatuto de Descentralización en beneficio de los municipios.
- Restrepo, F. (2009). *Glosario de Términos*. Manuscrito inédito. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

- Restrepo, L.- F, & Rivera, H.- A. (2008). *Análisis Estructural de Sectores Estratégicos*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Rey, D. (2002) *Reseña histórica Hospital San José*. Bogotá: Acta Neurológica Colombiana.
- Rivera, H. Uribe, E. (2012). *Perdurabilidad empresarial: caso sector de productos plásticos en Colombia*. Bogotá. Universidad del Rosario. Documentos de Investigación. Facultad de Administración.
- Torres, M. (2003). *Reseña de "Salud fragmentada en Colombia, 1910 – 1946" de Mario Hernández Álvarez*. Bogotá. Gerencia y Políticas de Salud. Pontificia Universidad Javeriana.
- Van Horne, J., & Wachowicz, J. (1994). *Fundamentos de Administración Financiera*. México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A.