UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

ANALISIS ESTRUCTURAL DEL SECTOR ESTRATEGICO DE PRESTADORES ESPECIALIZADOS DE SERVICIOS DE SALUD EN LA CIUDAD DE TUNJA- BOYACA

ROSSY PAOLA TORRES MALAGON

Trabajo de grado para optar al título de
Magister en Administración en Salud

BOGOTA D.C
2017

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

ANALISIS ESTRUCTURAL DEL SECTOR ESTRATEGICO DE PRESTADORES ESPECIALIZADOS DE SERVICIOS DE SALUD EN LA CIUDAD DE TUNJA- BOYACA

Trabajo de grado para optar al título de

Magister en Administración en Salud

ROSSY PAOLA TORRES MALAGON

Tutor

Dr. FERNANDO RESTREPO

Magister en Ciencias de la Educación con Énfasis en Investigación

MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE LA SALUD

BOGOTA D.C

2017

DEDICATORIA

A todos aquellos quienes vienen desde atrás;

Y a todos aquellos que luego vendrán…

¡Para ser parte de todo y todos de cada uno!

AGRADECIMIENTOS

¡Vivir agradecidos es un estado de gracia!

Gracias al ahora;

Gracias al aquí

Gracias al universo

¡Gracias a la vida misma!

Declaración de Autonomía

"I declare in lieu of an oath that I have written this thesis by myself, and that I did not use other sources or resources than stated for its preparation. I declare that I have clearly indicated all direct and indirect quotations, and that this thesis has not been submitted elsewhere for examination purposes or publication.
Bogotá; enero de 2017.

CONTENIDO

INTRODUCCION 17
1. FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION 20
1.1 ANALISIS ESTRUCTURAL DEL SECTOR DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO 22
1.1.1 Antecedentes del sector 22
1.2 VARIABLES ECONÓMICAS DEL SECTOR ECONÓMICO 28
1.2.1 Gasto 28
2. SELECCIÓN DEL SECTOR ESTRATÉGICO 31
3. ANÁLISIS DE HACINAMIENTO DEL SECTOR ESTRATEGICO 32
3.1 ANÁLISIS DE HACINAMIENTO CUANTITATIVO 32
3.1.1 Cálculos estadísticos 33
3.2 HACINAMIENTO CUALITATIVO DEL SECTOR ESTRATÉGICO 34
3.3 NIVEL DE CONVERGENCIA ESTRATÉGICA 37
3.4 DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE HACINAMIENTO DEL SECTOR ESTRATÉGICO 39
4. LEVANTAMIENTO DEL PANORAMA COMPETITIVO 40
4.1 DIAGNÓSTICO DEL PANORAMA COMPETITIVO 42
5 ANALISIS DE LAS FUERZAS DE MERCADO 43
5.1 RIESGO DE INGRESO 43
5.2 PROVEEDORES- PODER DE NEGOCIACIÓN DEL PROVEEDOR 45
5.2.1 Tabla 8 Proveedores 45
5.3 NIVEL DE RIVALIDAD ENTRE COMPETIDORES 46
5.4 SUSTITUTOS 48
5.5 COMPRADORES/ PODER DE NEGOCIACIÓN DE LOS COMPRADORES 49
5.6 ATRACTIVIDAD POR BARRERAS 50
5.6.1. Atractividad por barreras 50
5.7 INTENSIDAD DE LAS FUERZAS DE MERCADO 51
6. ESTUDIO DE COMPETIDORES 52
6.1 DEFINICIÓN DE SUPUESTOS SECTORIALES 52
6.2 CÁLCULO DEL CRECIMIENTO POTENCIAL SOSTENIBLE 56

6.3 CRECIMIENTO EXTRÍNSECO 57
6.3 CRECIMIENTO POTENCIAL SOSTENIBLE 58
6.3.1 Diagnóstico del Crecimiento potencial sostenible 59
6.4 CALCULO DE DELTAS 60
6.5 RELACIÓN UTILIDAD INGRESO- INGRESO UTILIDAD 62
6.6 INTERPRETACIÓN RELACIÓN INGRESO UTILIDAD- UTILIDAD INGRESO 63
7. FASE DE DISEÑO ESTRATÉGICO 64
7.1 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS 64
7.2 MATRIZ M.E.F.E. 67
7.3 MATRIZ P.E.E.A. 72
7.5 IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DE ALTA COMPLEJIDAD 76
7.6 MATRIZ DE EVALUACIÓN DE POTENCIAL ESTRATÉGICO C.P.E 78
7.8 EVALUACIÓN Y DETERMINACIÓN DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN 80
7.9 MATRIZ DE EVALUACIÓN DE LA MISIÓN 80
7.9 MATRIZ OBJETIVOS/ESTRATEGIAS GENERICAS 82
8 LINEAMIENTOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO PARA LA CLÍNICA INVERSIONES MÉDICAS DE LOS ANDES 83
9. CONCLUSIONES 85
10. RECOMENDACIONES 87
BIBLIOGRAFIA 88
ANEXOS 90

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Cálculo del ROA para el sector Estratégico 32
Tabla 2. Cálculos estadísticos del sector 33
Tabla 3. Determinación del nivel de imitación del sector 34
Tabla 4. Nivel de Convergencia Estratégica 37
Tabla 5. Matriz de variedades de servicios en el sector estratégico 40
Tabla 6. Matriz T de usuarios - Necesidades- canales 41
Tabla 7. Riesgo de Ingreso. 44
Tabla 8. Nivel de Rivalidad de Competidores. 47
Tabla 9. Poder de negociación de compradores 49
Tabla 10. Intensidad de las fuerzas del mercado 51
Tabla 11. Definición de los supuestos Sectoriales 53
Tabla 12. Supuestos Inversiones Clínica inversiones de los andes 54
Tabla 13. Crecimiento intrínseco del sector de prestadores de servicios de salud 56
Tabla 14. Crecimiento Extrínseco 57
Tabla 15. Crecimiento potencial sostenible 58
Tabla 16. Información financiera Sector prestadores de servicios de salud años 2010-2014 60
Tabla 17. Deltas; Utilidad, ingresos y costos del sector: años 2010-2014 60
Tabla 18. Utilidad ingreso – Ingreso Utilidad 62
Tabla 19. Matriz MEFI 64
Tabla 20. Matriz M.E.F.E. 67
Tabla 21. Matriz P.E.E.A. 72
Tabla 22. Matriz de análisis D.O.F.A. 75
Tabla 23. Matriz de evaluación de potencial estratégico 78
Tabla 24. Matriz de evaluación de la misión 80
Tabla 25. Matriz O/E Genéricas 82

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Gráfica 1. Cálculos estadísticos del sector estratégico 2010-2014 33
Gráfica 2. Nivel de Imitación del Sector 35
Gráfica 3. Nivel de Convergencia Estratégica 38
Gráfica 4. Atractividad por barreras 50
Gráfica 5. Crecimiento Intrínseco 56
Gráfica 6. Crecimiento Extrínseco 57
Gráfica 7. Crecimiento Potencial Sostenible 58
Gráfica 8. Deltas, Ingresos y utilidad del sector. 2010-2014 61
Gráfica 9. Deltas costos-Delta utilidad del sector 61
Gráfica 10. Relación utilidad ingreso- ingreso utilidad 62
Gráfica 11. Matriz de factores internos y externos MI-ME 71
Gráfica 12. Posición Estratégica, y evaluación de la Acción 74

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo A. Levantamiento del panorama estratégico 91

GLOSARIO

Análisis Estructural de sectores estratégicos. Metodología utilizada para lograr la percepción de lo que ocurre en un sector Estratégico (panorama sectorial), mediante la aplicación de cuatro pruebas no económicas, como son el análisis de hacinamiento, el panorama competitivo, el análisis estructural de fuerzas del Mercado y el estudio de competidores.

Estrategia. Consiste en ser diferente; Mediante la realización de un conjunto de actividades diferentes para prestar una combinación única de valor.

Estrategia genérica. Concepto establecido por Porter (1947); en "competitive strategy", para representar las posiciones estratégicas alternativas que pueden darse en un sector económico. Entre ellas están; liderazgo en costes, diferenciación y liderazgo de enfoque.

Hacinamiento: es una patología de los sectores estratégicos, caracterizada por: erosión de la rentabilidad en el tiempo, tasa de mortalidad en crecimiento, tasa de natalidad en disminución, asimetrías financieras y pérdida de ventajas de largo plazo; los cuales se presentan como consecuencia de la imitación de las mejores prácticas de otras compañías, tratando de obtener resultados financieros que les garanticen perdurabilidad.

Modelo matricial: Metodología utilizada para el análisis, diagnóstico y direccionamiento empresarial. Compuesta por Diez módulos distribuidos así: Análisis de situación, Contrastación de la información, Misión/Visión, Objetivos, Análisis DOFA, Estrategias genérica, Cribado estratégico, Estrategias seleccionadas rumbo al direccionamiento, Matriz O/E. Direccionamiento Estratégico.

Sector Económico: Es la división de la actividad económica de un Estado.

Sector Estratégico. Es un subsector dentro de la clasificación CIIU, constituido por empresas que rivalizan de forma directa, y cuya rivalidad se encuentra limitada y afectada por las fuerzas del

mercado (proveedores, compradores, bienes sustitutos o complementarios que los afectan, y el nivel de rivalidad presente.

Software matricial. Herramienta diseñada para el análisis de un sector; posee tres grandes fases que una vez cumplidas, permiten generar las estrategias para el direccionamiento institucional y la toma de decisiones.

Planeación estratégica: herramienta de gestión que permite apoyar la toma de decisiones de las organizaciones en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr la mayor eficiencia, eficacia, calidad en los bienes y servicios que se proveen. La Planificación Estratégica consiste en un ejercicio de formulación y establecimiento de objetivos de carácter prioritario, cuya característica principal es el establecimiento de los cursos de acción (estrategias) para alcanzar dichos objetivos[1].

Ventaja Competitiva. Es el conjunto de actividades que toma acciones ofensivas o defensivas para crear una posición defendible y difícilmente imitable en el sector

[1] Concepto; dado por la comisión económica para américa latina y el caribe-CEPAL

RESUMEN

Desarrollar un proceso de análisis sobre el sector de prestadores de servicios de salud; IPS; surge; como una alternativa para la generación de conocimiento institucional y sectorial; demarcada en la producción de conocimiento del modo 2 (Gibbons, Limoges, Nowonty, Schwartzman, Scott & Trow, 1997); y como una herramienta para la toma de decisiones en lo que respecta al direccionamiento de las empresas prestadoras de servicios de salud. Consideramos enmarcar la presente investigación en el modo 2 de producción de conocimiento; dadas las características de este; como lo son su distribución social y su orden transdiciplinar; esto implica que el conocimiento se da a partir de la relación e interacción de los múltiples actores, con las instituciones debidamente organizadas y las socialmente establecidas. En este sentido contextualizamos la investigación en la clínica Inversiones Médicas De Los Andes y en el sector de prestadores de servicios médicos de Tunja respectivamente.

Consecuentemente; optamos por la aplicación de dos grandes metodologías; que consideramos complementarias y que se encuentran definidas así: La primera de ellas; es el Análisis estructural de los sectores estratégicos (Restrepo & Rivera, 2008). - A.E.S.E y La segunda es el modelo matricial (Restrepo, 2004); el cual a su vez se soporta en la herramienta Software matricial[2]. Con la primera, aplicamos cuatro herramientas no económicas que nos brindan una percepción amplia y profunda del sector a estudiar; y con la segunda analizaremos puntualmente; los factores internos y externos; de la empresa y del sector respectivamente. Estos últimos; al ser objeto de una cuidadosa investigación y evaluación nos darán como resultado; nuevas formas de concebir el direccionamiento de las IPS; pero sobre todo, nuevas alternativas de producir conocimiento más allá de la disciplina y la teoría; las cuales no desconocemos; sino por el contrario; adicionamos a los saberes, producto de la práctica diaria en un contexto ya establecido. Con respecto a los mecanismos para la recolección de la información; estos varían de acuerdo a la etapa de la investigación y a las herramientas por utilizar. En la fase del A.E.S.E; la captura de datos; se da mediante la determinación de las empresas que conforman el sector estratégico; a saber; Hospital

---

Herramientade de análisis y de apoyo, para la toma de decisiones estratégicas; Compuesta por diez matrices; provenientes de autores como Fred David 1998, Thompson 1992, Igor Ansoff 1980 y Godet 1987; propuesta para hacer síntesis del sector y de las empresas en un momento determinado.

San Rafael de Tunja; Clínica medilaser; Clínica saludcoop e inversiones medicas de los andes. Una vez identificadas, por su nivel de complejidad; son clasificadas según sus servicios y modelos de operación, dentro de los códigos de actividades comerciales CIIU. Esta información es obtenida también, mediante fuentes primarias, como las páginas Web de las empresas mismas; reporte de la secretaria departamental de salud, superintendencia de salud y registro especial de prestadores REPS del ministerio de la protección social (Ministerio de la Protección Social, 2006). Como insumo para el estudio de competidores[3]; se aplicaron entrevistas a funcionarios y usuarios de las cuatro entidades seleccionadas en la investigación y que harán parte de los anexos de la presente investigación. Para el desarrollo del modelo matricial; se llevaron a cabo entrevistas y reunión de grupos Ad-hoc[4] del orden directivo y asistencial de la institución y del sector. Posteriormente; la autora; a través de la aplicación de herramientas como las cuatro pruebas del análisis estructural[5] ; la aplicación del software matricial; el análisis de las encuestas y las reuniones con expertos informados del sector; propondrá como resultado; la generación de nuevos lineamientos para la dirección; operación y funcionamiento de las IPS; así como la aplicación de herramientas de la estrategia al sector salud.

[3] Cuarta herramienta del A.E.S.E; permite identificar la posición estratégica de las empresas que conforman el sector a partir de una perspectiva positivista y subjetiva, con el fin de generar conclusiones que surjan de la información cuantitativa y cualitativa obtenida.

[4] Estos grupos Ad-hoc, fueron conformados principalmente por el gerente; el subdirector científico, subdirector administrativo, representante de usuarios y auditor de la clínica inversiones de los andes.

ABSTRACT

Developing a process of analysis of the healthcare institutions (HCI) emerge as an alternative for generating institutional and sector knowledge; demarcated in knowledge production mode 2 (Gibbons, Limoges, Nowonty, Schwartzman, Scott & Trow, 1997); and as a tool for decision-making in regard to managing companies that provide health services. We consider framing this research in mode 2 of knowledge production because of its social distribution and interdisciplinary nature; this implies that knowledge is given from the relationship and interaction of multiple actors and institutions. The research was developed in the clinic Inversions Medics De Los Andes, in the sector of health care providers of Tunja respectively.

The research followed two methodologies: the structural analysis of strategic sectors (Restrepo & Rivera, 2008). - A.E.S.E and the second is the matrix model (Restrepo, 2004); which in turn is supported on the matrix Software tool[6]. Four non-economic tools were applied in the first part; it gave us a broad and deep perception of the sector to be studied; secondly internal and external factors of the company and the sector were analyzed. As a result of this analysis new ways of addressing the HCI were identified; but above all, new ways of producing knowledge beyond the discipline and theory in a context already established.

The process for gathering information was based in the stages of the research. In the phase of A.E.S.E, the companies of the strategic sector determined the collection of data: Hospital San Rafael of Tunja, Clinica Medilaser, Clinica Saludcoop and Inversiones De los Andes. Once they were identified by their level of complexity; they were classified according to their services and operating models within the business activities ISIC codes. This information was also obtained through primary sources, such as web pages of the companies, report of the departmental secretary of health, health supervision and special register of providers from the Ministry of Social Protection (Ministry of Social Protection, 2006).

[6] Tool-analysis and support for strategic decision making; It consists of ten matrices; from authors like Fred David 1998, Thompson 1992, Igor Ansoff Godet 1980 and 1987; proposal to synthesis in the sector and business industry at a particular time.

As primary input for the study of competitors[7]; interviews with administrative department and users of the four entities were applied. For the development of the matrix model interviews were conducted in groups Ad-hoc[8]; later, through the application of the four tests of structural analysis; the use of the matrix software; analysis of surveys and meetings with industry experts; as a result it is proposed a guideline for management, operation and functioning of the HCI; and the application of tools for the strategy in the health sector.

Keywords: Addressing, healthcare institutions, matrix model, strategy, structural analysis

[7] Fourth A.E.S.E tool; identifies the strategic position of the companies that make up the sector from a positivist and subjective perspective, in order to generate conclusions arising from the quantitative and qualitative information obtained.

[8] These Ad-hoc groups were primarily conformed by the manager; scientific Assistant director, deputy managing director, representative users and auditor of Clinica Inversiones de los Andes.

INTRODUCCION

En la operación diaria de las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS; convergen factores internos y externos que afectan tanto positiva como negativamente el desempeño de las mismas; algunos de estos factores; son del orden Meso económico; como la legislación y normatividad para el sector y otras de orden micro-económico; como flujo de recursos entre compradores y prestadores. Lo anterior suscita múltiples interrogantes; sobre el cómo debería operar una empresa de servicios de salud, para ser sostenible y perdurable no solo en el sentido meramente económico; sino en todo aquello que respecta a su desempeño social e institucional.

Uno de los factores más relevantes; es el aletargamiento financiero, que surge como consecuencia de la estructura propia del subsistema de salud, pues este favorece la intermediación y posición dominante de las E.P.S, facilitando que estas últimas; hagan integración vertical con IPS propias y ejerzan múltiples mecanismos para demorar el giro de los recursos financieros, a sus prestadores de servicios.

La situación actual de los prestadores de servicios, tanto privados como públicos y que conforman el sistema nacional de salud; se ha convertido en un problema transectorial; dadas las implicaciones que se desprenden del servicio de salud, visto como una necesidad básica y un derecho fundamental, de los seres humanos. La tan característica dificultad en el acceso a los servicios de salud; es un claro reflejo del sector; que no solamente nos da un atisbo de la realidad; sino que además impacta negativamente en la calidad de vida de las comunidades y por ende, el desarrollo socioeconómico del país.

Por su parte factores como: la burocracia sectorial e institucional; la carencia de una adecuada planeación y la ausencia de control efectivo por parte de las entidades estatales; han generado La crisis en el recaudo de cartera por la que atraviesan la mayoría de instituciones prestadoras de servicios de salud.

Dadas las anteriores razones; consideramos que es esencial; plantear alternativas de operación y dirección; que permitan a las Ips; ser entidades viables y perdurables; Pues dadas las condiciones meso-económicas; del sector enmarcadas en una sistema de salud perverso y complaciente con la intermediación; es inminente que las IPS; deben direccionar sus planes de desarrollo más allá, de las circunstancias que el sistema dicta, y de manera contra cíclica; a fin de garantizar su perdurabilidad y sostenibilidad.

En concordancia; con lo anteriormente expuesto; se propone como objetivo principal; realizar un análisis estructural del sector estratégico de prestadores de servicios de salud en la ciudad de Tunja; y del cual es parte nuestra clínica; Inversiones medicas de los andes. Con este análisis pretendemos generar conocimiento, estudiar el sector, y a partir de este último; establecer el horizonte institucional o plan estratégico de la clínica. Por lo anterior, creemos que al abordar sistemáticamente la institución; más allá del enfoque técnico, económico y tradicional; podremos vislumbrar el devenir de la misma; con mayor claridad; y con una mejor percepción del entorno; el cual es tan incierto como caótico.

Con Respecto a la metodología y herramientas; proponemos la aplicación de dos macro procesos; el primero, denominado análisis **estructural** con sus cuatro herramientas; como lo son; el análisis de hacinamiento, el levantamiento del panorama competitivo, el análisis de la fuerzas del mercado en tiempo real y el estudio de competidores. El segundo; lo denominaremos fase de estrategia y es la aplicación del **modelo matricial**; soportado a su vez por **software matricial**; el cual ha sido incluido en este estudio; dada su complejidad y potencialidad para generar conocimiento; a partir del análisis de la información existente. Este modelo es puntual, contextual y temporal, puesto que abarca aspectos desde lo macroeconómico, lo mesoeconomico y lo microeconómico. El primero aspecto, hace referencia a la economía, a lo político y a lo social del país, el segundo, se refiere al sector económico o entorno donde las empresas se desenvuelven y el tercero a la empresa como tal.

En consecuencia; sabemos que el desarrollo y aplicación de un análisis estructural; además de incluir las pautas académicas; nos debe permitir la inclusión de la evidencia empírica y la intuición

de quienes conforman el sector. Para esto; optamos por realizar reuniones de expertos[9]; como parte de la metodología propuesta y mecanismo para congregar la información necesaria para el desarrollo del proceso investigativo.

Creemos que al desarrollar los dos macro procesos; que conforman nuestra metodología; y aunados con una cuidadosa búsqueda de información del sector estratégico; podremos contribuir con la generación de nuevas formas de conceptualización y direccionamiento empresarial. En el mismo sentido; proponemos como resultado del ejercicio; la formulación de estrategias que apunten hacia la innovación sectorial e institucional. Pues consideramos que la creatividad es parte fundamental en todo este proceso de generación de conocimiento y que se pueden desarrollar alternativas de dirección; más allá de lo establecido en la estructura de los sistemas y que nos permitan vislumbrar mejores horizontes

[9] Este; mecanismo para recolección de información, se desarrolló con el gerente, el subdirector científico y el auditor médico de la clínica inversiones de lo; durante la aplicación del software matricial.

1. FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACION

Apoyarse en dos metodologías como lo son el Análisis estructural de sectores estratégicos y el modelo matricial; surge como una iniciativa para la generación de conocimiento de un sector específico y de una organización en particular. Este conocimiento es fruto de la experiencia de todos aquellos que han contribuido a la solución de problemas en un determinado sector o institución y para el caso que nos compete; es el sector salud y la clínica inversiones medicas de los andes.

Este tipo de conocimiento es conocido como modo 2; el cual se caracteriza por ser transdiciplinar; es decir que en la producción del mismo; participan profesionales de diferentes disciplinas pero experimentados en un sector; caracterizado también por un flujo constante de información, que va desde lo fundamental y lo aplicado, a lo teórico y lo práctico y por último se desarrolla en un contexto; sobre el cual se aplica lo generado; para producir resultados específicos.

Con respecto a las dos metodologías propuestas; consideramos en primera medida El análisis estructural de los sectores estratégicos; el cual es una herramienta metodológica; compuesta de cuatro pruebas no económicas. La primera de ellas; denominada **análisis de hacinamiento**; busca determinar el grado de imitación en el que incurren las empresas del sector estratégico, con respecto a sus prácticas y operaciones. La segunda, es el **panorama competitivo**; con el cual se determinan los nichos de mercado no explorados ni atendidos dentro un sector. La tercera es el **análisis de las fuerzas del mercado en tiempo real** esta herramienta permite determinar la Atractividad de un sector, y también obtener una amplia visión sectorial; puesto que mide; el impacto que tienen sobre el mismo; estructuras como; proveedores, sustitutos, compradores y competidores. Por última y cuarta herramienta; tenemos el estudio de competidores; la cual permite analizar la posición estratégica de los rivales directos, desde un punto de vista subjetivo y positivista.

Como segunda Metodología; consideramos el modelo matricial, como un modelo hibrido; fruto del análisis de autores enmarcados en la más ortodoxa planeación estratégica, como lo son: David (1998), Thompson & Strickland (1992), Ansoff (1918), Andrews (1916), Godet (1948); Miklos

(1938); Tello; Blass, Ackoff (1919-2009), Strickland III, Hunger; y Johnson. En estos autores se encontró convergencia en cuanto a fases y etapas de la planeación se refiere; y dado que esta investigación es un ejercicio que propone hacer inicialmente un análisis y un posterior planteamiento de estrategias; consideramos pertinente y conducente; aplicar esta metodología matricial. En consecuencia; referimos, que el mencionado modelo, se compone de tres fases, cuyos orígenes se encuentran en los autores anteriormente citados. Estas fases son: formulación de la estrategia, la ejecución de la estrategia y la evaluación. Con la primera de ellas, generamos conocimiento sobre la organización y su entorno o sector; Con la segunda; condensamos toda la información capturada en la fase anterior y la enfocamos para determinar una sola posición estratégica; y con la última fase: establecemos mecanismos de control y comprobación de la estrategia.

En conclusión; aplicamos y elegimos las dos metodologías; anteriormente descritas; porque se complementan entre sí; porque son insumo mutuo para la generación de nuevas estrategias de direccionamiento empresarial y porque permiten generar diversidad e innovación al momento de planificar el horizonte institucional de las empresas. A manera puntual; el A.E.S.E, es insumo para el diligenciamiento de la matriz M.E.F.E[10] del modelo matricial; y a su vez; la metodología de este último; es material para innovar conceptualmente en la construcción de conocimiento implícito y explícito del sector aquí estudiado

[10] Matriz de evaluación de factores externos del modelo matricial. recoge la información proveniente del entorno y la traduce en oportunidades y amenazas.

1.1 ANALISIS ESTRUCTURAL DEL SECTOR DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO

1.1.1 Antecedentes del sector

El origen del sistema de seguridad social en salud, se remonta desde los años 1945 Y 1946, con la creación del instituto colombiano de seguros sociales, conocido actualmente como I.S.S, y la caja de previsión nacional CAJANAL. El sistema de salud colombiano estaba organizado básicamente en tres subsistemas de servicios de salud, cada uno contaba con su propia forma de financiamiento y proporcionaba atención a grupos específicos de la población, con base en su capacidad de pago. La población empleada en el sector formal de la economía, estaba parcialmente cubierta por varias instituciones de seguridad social, entre ellas El Instituto del Seguro Social (ISS), que pesar de tener más de 40 años de desarrollo, afiliaba en 1992 a menos al 20% de la población objeto, cifra muy inferior, con respecto al 57% que se había alcanzado América Latina con este mismo tipo de institución. La cobertura de la familia del trabajador era mínima. Sólo el 18% de las familias de los afiliados tenía derecho a la seguridad social y el grado de insatisfacción de los afiliados con los servicios que prestaba esta institución era muy alto[11]. De manera paralela se desarrolló un subsistema de Cajas de Previsión para los empleados públicos y de Cajas de Compensación Familiar (CCF). Estas últimas se crearon para manejar el subsidio familiar y otorgar compensación por los hijos.

Los patrones cotizaban el 4% sobre la nómina, independientemente del número de hijos que tuvieran sus empleados, y las C.C.F se encargaban de redistribuir los subsidios familiares en proporción al tamaño de la familia de cada trabajador. (Esguerra Gutiérrez, 1996)

[11] Las cifras de cobertura del Sistema antes de la reforma utilizadas en este documento provienen de diferentes fuentes que en general coinciden, en especial aquellas utilizadas por el Ministerio de Salud para justificar la aprobación de una nueva ley que modificara el sistema imperante. Entre las principales fuentes se cuentan "La Salud en Colombia. Diez años de Información."; "La reforma de salud en Colombia", ambos publicados por el Ministerio de Salud de Colombia y "La Encuesta Nacional de Hogares de 1992", realizada por el DANE.

Por su parte, la población de mayores ingresos atendía sus necesidades de salud en el sector privado, ya fuera a través de la contratación de seguros o planes de prepago privados, o pagando directamente los servicios en el momento de requerirlos. Los planes de medicina prepagada, comprados directamente u ofrecidos por ciertas empresas a sus empleados, experimentaron una notable expansión desde mediados de los 80. Se estima que cerca del 10% de la población de mayores ingresos, accedía directamente a prestadores privados.

Aunque el Sistema Nacional de Salud (SNS) incluía en su esquema organizativo a los tres subsistemas: salud, pensiones y riesgos profesionales, en la realidad funcionaba de manera desarticulada. El Ministerio tenía poca injerencia en la orientación del Instituto de seguros sociales y en las demás entidades de seguridad social, y su papel en la regulación del sector privado era extremadamente restringido. Se privilegiaba el gasto en la atención de tipo curativo, particularmente la más especializada y de mayor costo, descuidándose la atención de primer nivel y las acciones preventivas y de promoción a la salud. La falta de desarrollo de la prevención y de los niveles primario y secundario de atención provocaba la saturación de los hospitales de mayor capacidad tecnológica, originando el desperdicio de la capacidad instalada y el deterioro de la calidad en la prestación de los servicios. Los recursos en el sector público se asignaban con base en presupuestos históricos o en proporción directa al déficit de las instituciones, o en respuesta a su capacidad de movilización en los medios de comunicación. Las transferencias de recursos no guardaban relación alguna con las necesidades de salud locales, ni con los costos de producción de los servicios requeridos para su atención. Los recursos asignados tampoco tenían relación directa con La eficiencia administrativa de las instituciones públicas y del seguro social.

Hacia el periodo comprendido entre 1975 a 1982 creció la planta de hospitales y centros de salud del sector público. No obstante, a partir de la crisis fiscal acaecida en ese último año, los recursos que se asignaron a este tipo de servicios se redujeron del 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años sucesivos, lo que ocasionó el progresivo deterioro del sector. A este subsistema le correspondía atender en aproximadamente el 70% de la población nacional; sin embargo, su cobertura era muy limitada y la calidad de sus servicios muy deficientes. Alrededor del 25% de la población nacional no tenía acceso a ningún tipo de servicio, por lo que gran parte de sus

necesidades de salud y de medicamentos estaban siendo cubiertos por los médicos, laboratorios y farmacias del sector privado. (Carmona Fonseca, 2005).

Hacia el año de 1989 el entonces ministerio de salud y el departamento nacional de planeación en coadyudancia con el banco mundial, realizaron el Estudio nacional de salud; cuyo desarrollo condujo a que se produjera una propuesta de cambio al sistema nacional de salud. Otro antecedente importante fue la reforma del sector emprendida por la Ley 10 de 1990, la cual intentó descentralizar la dirección y operación de los servicios hacia los departamentos y los municipios. No obstante, bajo esta iniciativa el financiamiento no se entregó finalmente a los municipios. Los nombramientos del personal continuaron realizándose de manera centralizada y el presupuesto siguió en manos de los ministerios de hacienda y salud respectivamente.

En resumen, el Sistema Nacional de Salud (SNS) enfrentaba enormes dificultades para hacer realidad el derecho de todos los colombianos a la protección social. Cerca del 80% de la población, no contaba con un seguro de salud y el 25% no tenía acceso a ningún tipo de servicios de salud. El sistema funcionaba de manera desarticulada, era excluyente, altamente inequitativo, ineficiente y de muy dudosa calidad[12]. (Veranda, Corral, Talero, Valencia & Serna, 1990).

En 1991 se aprueba la nueva Constitución Política de Colombia, donde se determina, con relación a la salud que “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado". Así mismo establece que la prestación de los servicios deberá hacerse de forma descentralizada para garantizar el acceso a los mismos, así como la sostenibilidad financiera del sistema de salud bajo los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia.

Hacia 1993 la ley 60; determina la competencia de recursos financieros y funciones de los diferentes organismos que han de contribuir con el sistema. En Colombia, las consideraciones

[12] Las cifras de cobertura del Sistema antes de la reforma utilizadas en este documento provienen de diferentes fuentes que en general coinciden, en especial aquellas utilizadas por el Ministerio de Salud para justificar la aprobación de una nueva ley que modificara el sistema imperante. Entre las principales fuentes se cuentan “La Salud en Colombia. Diez años de Información.”; “La reforma de salud en Colombia”, ambos publicados por el Ministerio de Salud de Colombia y “La Encuesta Nacional de Hogares de 1992”, realizada por el DANE.

sociales que impulsaron la reforma de 1993 argumentaban Que el modelo segmentado de seguridad social no cubría más del 25% de la población[13] y que las inequidades entre ricos y pobres, así como entre área urbana y rural eran considerables; es entonces cuando los ministerios de salud y de hacienda, en concordancia con las cámaras séptima del senado y el departamento nacional de planeación DNP; crean la ley 100 de 1993; la cual conforma y estructura el actual sistema general de seguridad social en salud S.G.S.S.S que plantea un modelo macro-económico con varias fuentes de financiación, separando el subsidio de la entonces conocida previsión; es decir, que se establecen dos regímenes El primero de ellos denominado **régimen subsidiado** donde se incluyen a las personas de estratos I, II III sin capacidad de pago, y cuya financiación básicamente proviene de aportes fiscales que se han venido delegando al nivel departamental y municipal progresivamente.

El régimen contributivo, cuya finalidad es atender la población económicamente productiva del país. Su financiación se da mediante el aporte mensual que hacen tanto el empleador como el empleado de la nómina e ingreso base para cotizar respectivamente.

También la ley 100 de 1993, da lugar al grupo poblaciones denominados; vinculados transitorios al Sistema; y son aquellas personas pobres ubicadas en los estratos 1 y 2 de pobreza, que por diversos motivos no se han afiliado al Sistema, y que mientras esto no se logre deberán seguir siendo protegidos por el estado. Para garantizarles la atención en salud. La prestación de servicios de salud a estas personas se brindará a través de los hospitales públicos quienes seguirán recibiendo recursos directos del Estado denominados “subsidios de oferta[14].

Del mismo modo se establece un régimen especial, donde se encuentran las fuerzas militares, la policía nacional, Ecopetrol y telecomunicaciones, pero que al igual que en el régimen contributivo, el aporte de los recursos se hace a través del afiliado y su empleador.

---

[14] Recursos hacia los prestadores de servicios de salud; girados según el presupuesto histórico de desempeño. Ley 100/1993. Sistema general de seguridad social en salud.

Se crea el **Fondo de Solidaridad y Garantía**, FOSYGA; ente encargado de la administración de los recursos del Sistema, quien además delega en las EPS s el recaudo y manejo de los mismos recursos, los que por ley son propiedad del Sistema. Este fondo se encuentra subdividido en cuatro subcuentas a saber: i) la de Compensación, II) Solidaridad, III) Promoción y Prevención, y IV) la de Accidentes de Tránsito, Atentados Terroristas y Catástrofes Naturales, ECAT, encargadas del manejo de los recursos específicos en cada uno de los rubros señalados.

De otra parte también se crean las administradoras de los recursos financieros del sistema, quienes nacen con el nombre de ARS y desempeñan funciones de afiliación y carnetizacion de usuarios, así como de recaudo de los recursos a través de cuotas moderadoras y copagos. Si bien estas entidades nacen como administradoras de los recursos, se deja un vacío con respecto a la función de administrar el riesgo y la de articular la información entre prestadores de servicios de salud y el estado. Visto desde el punto de vista del pluralismo estructurado[15], la función de articular, correspondería a las administradoras, y correspondería a ellas más allá de la administración de los recursos, fortalecer los canales de información entre el estado y los prestadores de servicios de salud. Actualmente estas entidades son conocidas como Entidades promotoras de Salud E.P.S, y cuya función no difiere de la enuncia inicialmente, sino por el contrario su papel en el sistema actual, es bastante cuestionado debido a la intermediación que se origina con el flujo de recursos de salud, toda vez que son estas entidades las que reciben el pago anticipado, derivado de la unidad de pago por capitación U.P.C, por cada afiliado, y son estas mismas, quienes demoran el pago a la red de prestadores de servicios de salud. En consecuencia y con relación a los **prestadores de servicios de salud**; en adelante I.P.S la ley 100 de 1993, se define como tales, "A todas aquellas instituciones, agremiaciones científicas, profesionales independientes e instituciones educativas, debidamente constituidas, que presten servicios de salud". Existen actualmente tres niveles de atención (I II III), clasificados de acuerdo a la complejidad de los servicios prestados, es decir, que una institución será de mayor nivel de atención, a medida que sus servicios sean más especializados. Es importante precisar que existen diferentes tipos de IPS, teniendo en cuenta su naturaleza jurídica y si están o no integradas verticalmente con las E.P.S.

[15] "Pluralismo" evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. "Estructurado" evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado.

Por un lado se encuentran las IPS públicas; las cuales la presente ley transforma de hospitales y centros de salud, a empresas sociales del estado E.S.E, y reitera que deben ser entidades descentralizadas, con autonomía administrativa y jurídica, además de ser financieramente sostenibles; es decir que se pasó de la financiación mediante los subsidios a la oferta, a los ingresos provenientes por la venta de servicios a los diferentes compradores. Al igual se estableció, que las ESE, debían tener juntas directivas, siendo su presidente y nominador del cargo de los gerentes, el alcalde municipal o el gobernador según su ordenamiento. Esto ha generado una gran influencia política que ha convertido estas instituciones en verdaderos fortines políticos, con deficiente manejo administrativo y altos índices de corrupción.

Por otra parte existen clínicas, consultorios y hospitales, del sector privado; que Aunque en su organización, estructura y manejo administrativo, difieran del sector público, estas deben acogerse a la normatividad vigente para lo concerniente a la prestación de servicios y condiciones mínimas de calidad (sistema obligatorio de garantía de la calidad). (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Posteriormente hacia el año 2007, se da lugar a la primera reforma de la ley 100, mediante la expedición de la Ley 1122, donde se remplazó el CNSSS por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), Cuya razón de ser, suponía un ente con mayor grado de independencia y que tuviese la capacidad para equilibrar las condiciones de operación del sistema. Entre sus funciones principales se encuentran las de actualizar los planes de beneficios de bienes y servicios (POS) y establecer el valor de la unidad de pago por capitación UPC[16] anualmente.

Finalmente, tiene lugar la segunda reforma al SGSSS. Con la aparición de la Ley 1438 de 2011 que busca replantear el balance del sistema entre los servicios asistenciales de tipo curativo y las acciones de salud colectiva. Lo anterior también evidencia que se hace necesario, cambiar el enfoque en el cual se ha sustentado el sistema a través de los años, donde la atención que se presta es meramente intervencionista, más no dirigida a la prevención y promoción.

[16] Valor establecido por el estado colombiano, para reconocer el costo de la atención en salud por persona

En este orden de ideas; la implementación de la estrategia que plantea esta reforma, que no es otra que la atención primaria en salud APS; implicaría al estado, asumir la rectoría y regulación total del sistema con un direccionamiento absoluto a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud. Por otra parte, implicaría que las nuevas políticas, abarquen los determinantes sociales que participan en la definición del concepto salud[17], que la organización mundial para la salud OMS, ha establecido. Tales determinantes, agrupan variables como; el acceso al agua potable, a la educación, a las vías, entre otras. Por lo anteriormente dicho, el reto que el estado y todo el aparato que conforma el SGSSS, tienen frente a la reforma enunciada, implica la articulación total de cada uno de los actores, así como el manejo de la información de manera veraz y eficiente.

1.2 VARIABLES ECONÓMICAS DEL SECTOR ECONÓMICO

1.2.1 Gasto

En términos macroeconómicos; el gasto del sector de la salud puede ser analizado desde sus componentes generales o agentes de financiación. A continuación se expone una breve síntesis acerca de dichos componentes, de acuerdo a los agentes de financiación en el flujo de recursos del sector. El gasto del régimen contributivo incluyendo los regímenes especiales y de excepción, R.E.E; lo conforma, el gasto efectuado a través de las EPS y de las unidades de sanidad de las fuerzas militares, fondo de prestaciones del magisterio y la unidad de salud de ECOPETROL. El gasto al régimen subsidiado; corresponde también al realizado a través de las EPS, que operan el denominado régimen. El gasto de la salud pública; se da a través del sistema general de participaciones SGP y comprende todas aquellas inversiones colectivas en salud contempladas en el plan decenal de salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). El gasto a la población pobre no asegurada. PPNA, también conocidos como vinculados, es realizado mediante subsidios a la oferta girados a la red pública de prestadores de salud e incluye a todas aquellas personas que por múltiples razones, no se encuentran en ninguno de los regímenes enunciados

[17] Es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona

anteriormente. El gasto privado; es el efectuado de manera voluntaria y a través de la adquisición los planes de medicina prepagada, adquisición de pólizas estudiantiles, de siniestros y de salud con reembolsos al tomador, y por último las pólizas efectuadas a través del SOAT, que cubren los siniestros derivados de los accidentes de tránsito. El Gasto de bolsillo. Se entiende como el gasto en el que incurren los colombianos para acceder a la atención en salud, independientemente de su afiliación. Va desde los copagos y cuotas moderadoras, hasta los costos derivados para acceder a los servicios de salud, como transporte, medicamentos, insumos, y alimentos.

En concordancia con los anteriores componentes; y según la clasificación de la OMS; se han establecido dos categorías generales del gasto; la primera de ellas es el Gasto estatal u oficial para con el sector salud; constituido básicamente por la inversión que el estado colombiano hace a través de los regímenes subsidiado y contributivo, incluyendo el gasto en P.N.A.A el R.E.E y las acciones de salud pública. La segunda categoría se denomina gasto privado, conformado básicamente por los seguros privados y el gasto de bolsillo descrito anteriormente.

En consecuencia, a la sumatoria del gasto estatal, más el gasto privado se le conoce como el gasto total en salud; termino que en adelante se reconocerá como G.T.S, y que para una mejor comprensión del presente escrito, requiere por parte del lector, comprender como se establece. Ahora bien; para medir la evolución del gasto en salud, es importante determinar bajo qué criterios, se evalúa y establecer las variables de medición; tales como el tiempo y los componentes ya enunciados con anterioridad y que conforman el gasto total en salud.

Con respecto a los componentes, y al tiempo, podemos destacar que el gasto total en salud, ha mostrado un comportamiento ascendente, desde el periodo comprendido entre el 2004 a 2011, esto último dado principalmente por los recobros que se han hecho al FOSYGA, por parte de las EPS, como consecuencia de servicios, medicamentos y dispositivos que no están incluidos en los planes obligatorios de salud, y al igual que los fallos de tutela donde se obliga al Sistema a cubrir, procedimientos que no necesariamente hacen parte del derecho a la salud. Por parte del régimen subsidiado, también se ha observado un crecimiento graduable, dado las políticas nacionales de aumentar las coberturas en salud e incluir a la población pobre y vulnerable como; menores de cinco años, adultos mayores, discapacitados, mujeres gestantes, desplazados y desmovilizados del

conflicto armado en este régimen. Los demás componentes; entre ellos, salud pública y gasto privado tienen un comportamiento estable con una muy poca variación, durante el mismo periodo.

Por otra parte, el gasto en salud también meceré ser visto desde la óptica macroeconómica, por lo que se han definido para este trabajo, tres criterios que resumen muy bien el comportamiento e impacto que el gasto ha tenido en la economía colombiana. El primero de estos criterios, es el gasto total en salud, como porcentaje del PIB, que muestra un promedio de 6,3% para el periodo en cuestión, con valores relativos extremos de 5.4% para el 2004 y 7.0% para el 2009 Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), (Ver gráfico). El segundo criterio, como porcentaje de cada uno de los componentes definidos anteriormente con respeto al G.T.S. El gasto en seguridad social en salud GSSS, representa el 59,4% durante este mismo periodo de tiempo. Por su parte el gasto del gobierno, representa un 73,4% con respecto al GTS, y en cuanto a la salud pública, el gasto privado y el gasto de bolsillo, representan el 4,6% el 26,2% y el 17,6%[18] respectivamente y para el mismo periodo. (Ver tabla A).

Por tercer y último criterio, está el gasto per cápita en salud, expresado en pesos colombianos, el cual tiene un promedio de $448.000 y en dólares según la tasa representativa del mercado TRM, equivales a un promedio de 313 dólares para el mismo periodo de tiempo establecido.

[18] Ministerio de salud y protección social. Cifras financieras del sector salud-boletín bimestral No 2. Enero-febrero de 2014. Bogotá D.C

2. SELECCIÓN DEL SECTOR ESTRATÉGICO

El sector estratégico que aquí nos compete está conformado por instituciones prestadoras de servicios de salud, que cumplen con los siguientes criterios:

A. Están clasificadas en los códigos CIIU; por la nomenclatura 8610; la cual agrupa a instituciones que prestan servicios a la salud humana con internación u hospitalización.

B. están ubicadas en la ciudad de Tunja- Boyacá.

C. prestan servicios de Consulta externa Hospitalización, Urgencias, Especialidades médicas en: pediatría, ginecología y ortopedia, Servicio de apoyo terapéutico y diagnóstico, Unidades de cuidado intensivo de adulto y pediátrica. c. sus principales compradores son las EPS sanitas, Comfaboy, Comfamiliar y Comparta, Caprecom, Coomeva y salud vida.

D. sus principales proveedores de medicamentos y material médico- quirúrgico son:
En este orden de ideas las empresas que aquí compiten directamente son:

Clínica medilaser

Clínica inversiones de los andes

Hospital san Rafael de Tunja

Clínica saludcoop

3. ANÁLISIS DE HACINAMIENTO DEL SECTOR ESTRATEGICO

3.1 ANÁLISIS DE HACINAMIENTO CUANTITATIVO

Selección del indicador para el cálculo de asimetría

Para el presente caso; se selecciona el indicador ROA; que mide La rentabilidad de una empresa con respecto a los activos de la misma. Por lo tanto este indicador nos da una idea de cuan eficiente es una empresa en el uso de sus activos para generar utilidades. Su fórmula es: Utilidad neta/activo total*100.

Tabla 1. Cálculo del ROA para el sector Estratégico

	2014	**2013**	**2012**	**2011**	**201º**
HSRT	**12,74**	**12,60**	**10,98**	**7,07**	**18,12**
ANDES	**5,19**	**9,22**	**1,38**	**14,12**	**28,25**
MEDILASER	**12,51**	**10,47**	**7,41**	**6,62**	**5,63**
SALUDCOOP	**-**	**1,69**	**0,22**	**0,01**	**0,17**

Fuente: Cálculos hechos; con base a los estados financieros; publicados en la página de la Superintendencia de Servicios de Salud-Supersalud

3.1.1 Cálculos estadísticos

Se determinaron los siguientes indicadores; tercer cuartil, media, mediana, desviación estándar y, coeficiente de variación para cada uno de los años sobre los cuales se posee información del sector estratégico.

Tabla 2. Cálculos estadísticos del sector

	2014	2013	2012	2011	2010
MEDIA	7,61	8,49	5,00	6,96	13,04
MEDIANA	8,85	9,84	4,39	6,85	11,88
TERCER CUARTIL	12,57	11,00	8,30	8,83	20,65
CURTOSIS	-2,76	2,55	-3,48	1,48	-2,37
DEVEST	6,17	4,75	5,08	5,76	12,62
CV	0,81	0,56	1,02	0,83	0,97

Fuente: Cálculos hechos; con base a los estados financieros; publicados en la página de la Superintendencia de Servicios de Salud-Supersalud.

Gráfica 1. Cálculos estadísticos del sector estratégico 2010-2014

Fuente: Cálculos Tabla 2

3.2 HACINAMIENTO CUALITATIVO DEL SECTOR ESTRATÉGICO

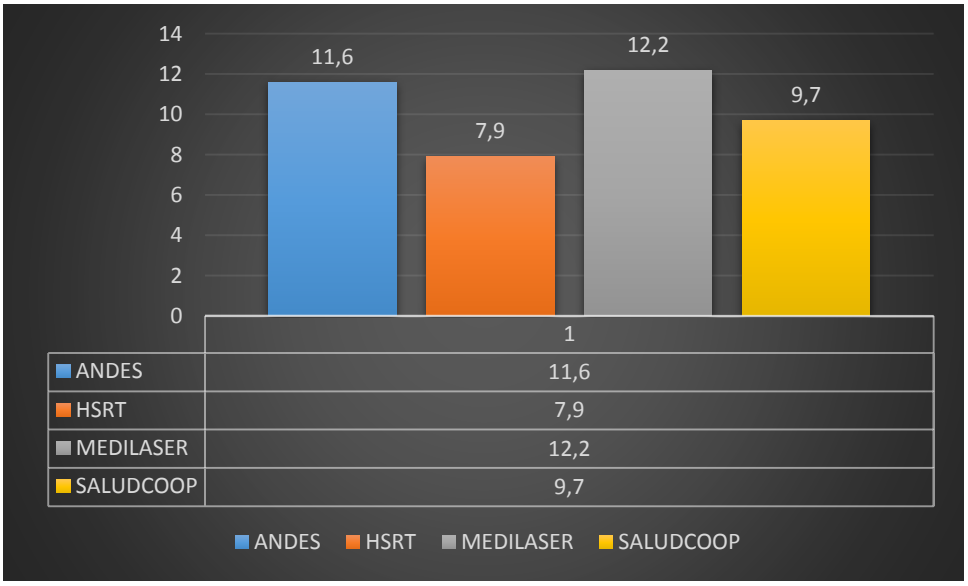
Tabla 3. Determinación del nivel de imitación del sector

VARIABLE	PESO	NECESIDADES	ANDES	HSRT	MEDI-LASER	SALUD COOP
PRECIO		Alternativas de precio	2	2	2	1
	30%	Accequibilidad	2	2	2	2
		Relación costo-beneficio	2	1	2	1
		Economía	2	1	2	1
		Tarifas preferenciales	2	2	2	1
		Sumatoria	**10**	**8**	**10**	**6**
		Calificación	**3**	**2,4**	**3**	**2,1**
PRODUCTO-SERVICIO		Diversidad	2	1	2	2
		Calidad	3	2	3	3
	30%	Accesibilidad	3	3	3	1
		Oportunidad	3	3	3	3
		Seguridad	3	1	3	3
		Sumatoria	**12**	**9**	**14**	**10**
		Calificación	**3,6**	**2,7**	**4,2**	**3**
PLAZA		Cobertura	3	1	3	1
		Alternativas de acceso	2	2	2	2
	20%	Atención personalizada	2	2	2	2
		Atención post-venta-servicio	2	2	2	2
		Atención centrada en el usuario	2	2	2	2
		Sumatoria	**10**	**9**	**10**	**10**
		Calificación	**2**	**1,8**	**2**	**2**
PROMOCION	**20%**	Página web	3	1	3	1
		Revistas	3	1	3	3
		Canales de tv	3	1	3	3
		Call center	3	1	3	3
		Redes sociales	3	1	3	3
		SUMATORIA	**15**	**5**	**15**	**13**
		CALIFICACION	**3,00**	**1,00**	**3,00**	**2,60**
		TOTALES	**11,60**	**7,90**	**12,20**	**9,70**

Fuente: Información y ponderación suministrada por los funcionarios de las cuatro entidades que conforman el sector estratégico.

Convenciones: 1 no hay nivel de imitación. 2. Nivel medio de imitación. 3. nivel total de imitación

Gráfica 2. Nivel de Imitación del Sector



Fuente: cálculos Tabla 3

Nivel de imitación del Sector

El nivel del sector estratégico de prestadores de servicios de salud de segundo nivel, IPS es alto; pues como se observa en la tabla y la gráfica de imitación, las variables analizadas en las cuatro empresas, precio, producto, plaza y servicio, no presentan mayores variaciones, algunas diferencias se dan en el hospital san Rafael de Tunja; ya que al ser la única entidad del sector de naturaleza pública; y al ser la de mayor complejidad, presenta algunas ventajas en cuanto al precio que ofrece por sus servicios. Esto quiere decir que puede realizar algunas concesiones al momento de contratar con los proveedores. Con respecto al producto, también presenta un menor grado de imitación, pues sus procesos de seguridad y calidad en la atención en salud, se encuentran fortalecidos con respecto a las demás entidades.

Por otro lado se encuentran algunas variaciones con la clínica Saludcoop; con respecto al precio y al producto, puesto que al ser una entidad que se encuentra integrada hacia adelante, pues opera como prestador y como EPS, puede tener mayor flexibilidad con el precio.

Con respecto a las dos variables plaza y promoción, las cuatro entidades, se imitan casi que totalmente; utilizan los mismos mecanismos para que el usuario acceda a sus productos o servicios e impactan en la misma poblacion contributiva y del régimen subsidiado.

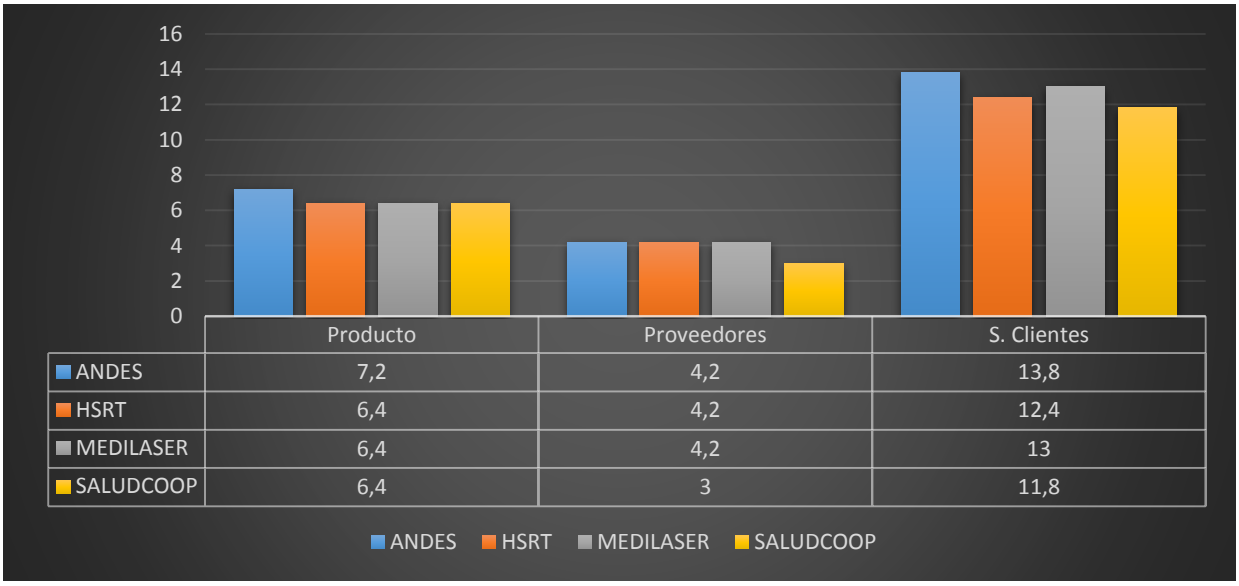
3.3 NIVEL DE CONVERGENCIA ESTRATÉGICA

Tabla 4. Nivel de Convergencia Estratégica

VARIABLES			**EMPRESAS**			
TIPO	**PESO**	**CATEGORIA**	**ANDES**	**HSRT**	**MEDILASER**	**SAL/COOP**
PODUCTO/ SERVICIO	**40%**	Internación	3	2	2	3
		Quirúrgicos	3	2	2	3
		Ambulatorios	3	3	3	3
		Urgencias	3	3	3	3
		Apoyo dx y terapéutico	3	3	3	2
		TAB	3	3	3	1
		Sumatoria	**18**	**16**	**16**	**16**
		Calificación	**7,2**	**6,4**	**6,4**	**6,4**
PROVEEDORES	**30%**	talento humano	2	2	2	2
		Material e insumo médico quirúrgico	3	3	3	1
		Medicamentos	3	3	3	1
		Servicios	3	3	3	3
		Procesos de apoyo y logística	3	3	3	3
		Sumatoria	**14**	**14**	**14**	**10**
		Calificación	**4,2**	**4,2**	**4,2**	**3**
SEGMENTO DE CLIENTES	**30%**	Régimen subsidiado	2	1	2	2
		Régimen contributivo	1	1	2	2
		Régimen especial	2	2	2	2
		particulares	3	2	2	2
		Sumatoria	8	6	8	8
		Calificación	2,4	1,8	2,4	2,4
		TOTAL	**13,8**	**12,4**	**13**	**11,8**

Fuente: Información y ponderación suministrada por los funcionarios de las cuatro entidades que conforman el sector estratégico.

Gráfica 3. Nivel de Convergencia Estratégica



Fuente: cálculos Tabla 4

Nivel de convergencia Estratégica

Las cuatro empresas analizadas; presentan similitud en cuanto a:

Producto. Todas prestan los mismos grupos de servicios en salud; internación, quirúrgicos, ambulatorios, apoyo dx y terapéutico y TAB.

Proveedores. Las cuatro empresas emplean el mismo grupo de proveedores; para talento humano, material médico quirúrgico, procesos de apoyo logístico y demás servicios necesarios para operar.

Segmento de Clientes. Los servicios están dirigidos a la misma poblacion. Régimen subsidiado; régimen contributivo y régimen especial del sistema se seguridad social en salud

La diferenciación puede encontrarse en aspectos de producto y servicio en los siguientes aspectos como que la clínica medilaser posee énfasis en hemodinamia y su especialidad hace que ofrezca mayor variedad de productos en esta especialidad. Por su parte el hospital san Rafael de Tunja; es la entidad que más ofrece diversidad de productos al ser la institución con mayor capacidad instalada y complejidad del medio oriente Colombiano.

Por otro lado la clínica Saludcoop, solamente presta servicios a su misma EPS, es decir que su segmento de clientes es limitado con respecto a las demás, pero de igual forma pertenecen al régimen contributivo del sector salud.

3.4 DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE HACINAMIENTO DEL SECTOR ESTRATÉGICO

El Sector estratégico de los prestadores de servicios de salud; se encuentra en un nivel de hacinamiento alto: las empresas: Medilaser e inversiones medicas de los andes; presentan gran imitación en cada una de las variables analizadas. La ESE hospital san Rafael de Tunja; puede ser la menos hacinada debido a su naturaleza pública, que le permite algunas ventajas en cuanto a las variables de precio y productos, además de tener prioridad en los pagos por parte de los compradores, lo que le permite tener mayor nivel de solvencia económica.

Por su parte las demás entidades, al tener naturalezas privadas; son más vulnerables en cuanto al recaudo de cartera. Pero son similares en su operación no solo por la poca innovación en la prestación de servicios de salud, sino que además el sector se encuentra altamente regulado y normatizado, por el estado, el cual determina la estructura y modelo de operación de las mismas.

4. LEVANTAMIENTO DEL PANORAMA COMPETITIVO

Tabla 5. Matriz de variedades de servicios en el sector estratégico

EMPRESA	PRODUCTO/SERVICIO	DESCRIPCIÓN	VARIEDAD
HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA	**Servicios de internación**	Son los servicios destinados al internamiento de pacientes para su diagnóstico, intervención, recuperación, tratamiento y/o rehabilitación.	A
	Servicios Quirúrgicos	Es el servicio destinado a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas, que requieren total asepsia	B
	Servicios ambulatorios	Son los servicios destinados para la espera de pacientes, consultorios, ambientes de apoyo, atención de urgencias y espacios para las actividades de promoción y prevención. Comprende: consulta externa, servicio de urgencias y en general los servicios que se prestan de manera intramural, no requieren de la internación del usuario por un período de 24 horas o más.	C
	Servicio de urgencias	Es el servicio inicial de la atención médica para aquel paciente que presenta daños a la salud, que ponen en riesgo la función orgánica, psicológica o la vida y que por ello requiere atención médica inmediata y habitualmente es multidisciplinaria.	D
	Servicio de apoyo terapéutico y ayudas diagnosticas	Es el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos que contribuyen con el plan terapéutico del paciente en cualquiera de los servicios básicos.	E
	Servicios de traslado asistencial básico	Es el traslado de un paciente en un medio de transporte terrestre, marítimo y/o fluvial, que no se encuentra críticamente enfermo y que debe contar con una dotación básica para dar atención oportuna y adecuada al paciente durante el desplazamiento.	F
Clínica inversiones de los andes	**servicios de internacion**	Igual que la veriedad	
	Servicios quirúrgicos	Igual que la veriedad	B
	Servicios de consulta externa	Igual que la veriedad	C
	Servicio de urgencias	Igual que la veriedad	D
	Servicios de dx y apoyo terapéutico	Igual que la veriedad	E
	Servicio de traslado asistencial básico	Igual que la veriedad	F
CLINICA MEDILASER	**Servicios de internación**	Igual que la veriedad	A
	Servicios quirúrgicos	Igual que la veriedad	B
	Servicios de consulta externa	Igual que la veriedad	C
	Servicio de urgencias	Igual que la veriedad	D
	Servicios de dx y apoyo terapéutico	Igual que la veriedad	E
	Servicios de TAB	Igual que la veriedad	F
CLINICA SALUDCOOP-CAFESALUD	**Servicios de internación**	Igual que la veriedad	A
	Servicios quirúrgicos	Igual que la veriedad	B
	Servicios de consulta externa	Igual que la veriedad	C
	Servicio de urgencias	Igual que la veriedad	D
	Servicios de dx y apoyo terapéutico	Igual que la veriedad	E
	Servicio de TAB	Igual que la veriedad	F

Fuente: La autora

Tabla 6. Matriz T de usuarios - Necesidades- canales

NECESIDADES	BUEN TRATO						
	ATENCION EN SALUD Y A LA ENFERMEDAD						
	ACCESO A EXAMENES DE DX ESPECIALIZADO DE II NIVEL						
	OPORTUNIDAD EN EL ACCESO A ESPECIALIDADES						
	MENOS TRAMITES ADMINISTRATIVOS						
	UBICACIÓN Y ACCESO						
	ATENCION PREVENTIVA EN SALUD						
	MEDICAMENTOS COMERCIALES						
VARIEDADES		A	B	C	D	E	F
CANALES	PÁGINA WEB						
	CALL CENTER						
	CRUE						
	RED PRESTADORA						
	OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO						
	SISTEMA DE REF Y CONTRARREFERENCIA						

Fuente: la autora.

4.1 DIAGNÓSTICO DEL PANORAMA COMPETITIVO

Convergencia Estratégica. Las empresas del sector de prestación de servicios en salud; se encuentran en alto grado de convergencia estratégica; las cuatro IPS; presentan gran similitud en cuanto a las variedades de productos/servicios y canales de distribución. Existe alguna variación en cuanto a productos se refiere; como la orientación de la clínica Medilaser con respecto a la prestación de servicios cardiovasculares y de hemodinamia; los cuales son pioneros en el departamento de Boyacá. **Los canales de distribución**; empleados por las empresas son similares; no existe innovación con respecto a nuevas tecnologías para que los usuarios puedan acceder a los productos y servicios; de hecho este aspecto se encuentre restringido debido a la estructura del sistema de salud; el cual establece que las EPS, deben tener su propia red de prestadores; para el principio de libre escogencia[19] ; pero al momento de solicitar el servicio, las opciones son restringidas.

Con respecto al vector de necesidades; todas las empresas atienden las mismas necesidades.

***El mayor grado de hacinamiento*.** Se da en los servicios de consulta Externa y ambulatoria, Especialidades básicas, Servicio de urgencias, UCI adulto servicios hospitalarios y servicios quirúrgicos.

***La posibilidad de nuevos mercados*.** Se da para: UCI Gran quemado, medicamentos comerciales, atención preventiva en salud, unidades de atención integral al adulto mayor-geriatría-gerontología,

Las necesidades del sector. Más sentidas se encuentran en: la oportunidad en el acceso a consulta por especialistas, agilidad en trámites administrativos, atención preventiva en salud, enfoque preventivo del sistema de salud-, acceso a medicamentos comerciales y buen trato en la atención al usuario.

[19] Derecho de los usuarios del sistema de seguridad social en salud ley 100 de 1993.

5 ANALISIS DE LAS FUERZAS DE MERCADO

5.1 RIESGO DE INGRESO

La prestación de servicios de salud, implica que los procesos especiales, la curva de experiencia, la tecnología, los niveles de inversión y el acceso a canales; se encuentren en un nivel de calificación alto, pues este sector se caracteriza por ser altamente especializado y riguroso con la producción de servicios al tratarse de la salud humana.

De otro lado encontramos que las economías de escala, las operaciones compartidas, los costos compartidos, las posiciones de marca y diseño; se encuentran en un nivel medio alto. Esto implica que en el sector de prestación de servicios de salud, para generar los mismos, los prestadores deben acceder y aprovechar los recursos de la estructura organizacional del sistema nacional de salud; tal como lo son sistemas de información. Del mismo modo; las empresas del sector; por lo general, cubren sus costos fijos con la venta de sus mismos servicios, lo que permite lograr un apalancamiento financiero y de capacidad instalada que finalmente se verá representado en una mayor rentabilidad.

La curva de aprendizaje y la posición del servicio; son dos variables que se encuentran en equilibrio básicamente porque los niveles de rotación de personal son altos y no permiten que las instituciones profundicen en la misma; salvo pequeñas excepciones con entidades altamente especializadas que cuentan con unos mecanismos de contratación atractivos y personal de planta líder en los procesos asistenciales y administrativos.

El acceso a materias primas, y las patentes; se califican como medio bajas; toda vez que los prestadores de salud, son dentro del sector, compradores de materias primas y no se ha profundizado en el sector en desarrollar patentes

Tabla 7. 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							
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
EMPRESA XYZ LIMITADA

Ver Gráfico

	Alto	Medio Alto	Equilibrio	Medio Bajo	Bajo	Inexistente
N	11	5	3	3	0	0
%	50,0%	22,7%	13,6%	13,6%	0,0%	0,0%

Fuente: Software; análisis de las fuerzas del mercad

5.2 PROVEEDORES- PODER DE NEGOCIACIÓN DEL PROVEEDOR

5.2.1 Tabla 8 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		Alto	Medio Alto	Equilibrio	Medio Bajo	Bajo	Inexistente
PODER DE NEGOCIACIÓN DE PROVEEDORES	N	4	0	2	1	1	0
EMPRESA XYZ LIMITADA	%	50,0%	0,0%	25,0%	12,5%	12,5%	0,0%

Ver Gráfico

Fuente: Software; análisis de las fuerzas del mercado

La importancia del proveedor para el comprador, la información del comprador, sobre el proveedor, la facilidad e integrarse hacia atrás y el grado de la importancia del insumo son altos, esto se traduce en que al ser las EPS; los principales compradores de servicios de salud, dada la organización estructural del sistema de seguridad social en salud, ejercen una posición dominante ya que son quienes administran los recursos financieros del sistema, y establecen en los planes de beneficios las condiciones de demanda, y de acceso a los servicios de salud.

El grado de concentración y el grado de hacinamiento de los compradores, se califica en equilibrio, dada que por lo general aplican las mismas condiciones de contratación y aplican los mismos mecanismos de pago.

5.3 NIVEL DE RIVALIDAD ENTRE COMPETIDORES

En el sector de prestadores de servicios de salud; el nivel de concentración es medio alto, lo que quiere decir que la cantidad de prestadores de servicios de salud especializados es poca para la demanda Presentada en el sector.

El nivel de costos es alto, así como el crecimiento del sector, básicamente, porque la prestación de servicios de salud, requiere costos fijos (insumos, personal y tecnología muy especializada, con altos costos de operación.

Así mismo, el crecimiento del sector se ha dado, debido a los altos índices de demanda de los servicios y la necesidad de cubrirla. Los costos de cambio se encuentran en equilibrio, toda vez que el sector siempre está buscando optimizar los recursos costo-beneficio.

En cuanto a proveedores se refiere. El grado de hacinamiento es alto; las empresas que rivalizan dentro del sector (hospital san Rafael de Tunja, Clínica de los Andes, Clínica Medilaser y Clínica Saludcoop-Cafesalud, se imitan operacional y comercialmente. Utilizan los mismos canales, los mismos medios y los mismos proveedores.

Los incrementos en la capacidad son medio altos y la presencia de inversionistas extranjeros es baja. De igual manera concluimos que las barreras de salida son altas; pues se requieren activos altamente especializados, altos costos para salir, y el impacto que genera socialmente la salida de una IPS se concentra, si se tienen en cuenta que la salud es un derecho fundamental conexado con el derecho a la vida.

Tabla 8. Nivel de Rivalidad de Competidores.

EMPRESA XYZ LIMITADA Imprimir

NIVEL DE RIVALIDAD ENTRE COMPETIDORES EXISTENTES

	Alto	Medio Alto	Equilibrio	Medio Bajo	Bajo	Inexistente
1 Nivel de concentración		✘				
2 Nivel de costos fijos	✘					
3 Velocidad de crecimiento del sector	✘					
4 Costos de Cambio			✘			
5 Grado de hacinamiento	❹					
6 Incrementos en la capacidad		✘				
7 Presencia Extranjera					✘	
8 Nivel de Barreras de Salida (Detalle)	✘					
a. Activos Especializados	✘					
b. Costos Fijos de Salida	✘					
c. Inter-relaciones Estratégicas		✘				
d. Barreras Emocionales		✘				
e. Restricciones Sociales - Gubernamentales		✘				
9						
10						

EVALUACION FINAL		Alto	Medio Alto	Equilibrio	Medio Bajo	Bajo	Inexistente
NIVEL DE RIVALIDAD ENTRE COMPETIDORES EXISTENTES	N	3	2	1	0	1	0
EMPRESA XYZ LIMITADA	%	42,9%	28,6%	14,3%	0,0%	14,3%	0,0%

Ver Gráfico

Fuente: Software Matricial

5.4 SUSTITUTOS

Tabla 10. Sustitutos

BIENES SUSTITUTOS	Alto	Medio Alto	Equilibrio	Medio Bajo	Bajo	Inexistente
1 Tendencias a mejorar costos	x					
2 Tendencias a mejorar precios	x					
3 Tendencias a mejoras en desempeño		x				
4 Tendencias a altos rendimientos	x					

EVALUACION FINAL		Alto	Medio Alto	Equilibrio	Medio Bajo	Bajo	Inexistente
BIENES SUSTITUTOS	N	3	1	0	0	0	0
EMPRESA XYZ LIMITADA	%	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Ver Gráfico

Fuente: Software Análisis de las fuerzas del mercado en tiempo real

La tendencia a mejorar costos, precios, y rendimientos es alta. Esto quiere decir que el sector es altamente vulnerable a las competencias basadas en precio, y a disminución de costos de operación. Para la obtención de mayores rendimientos. Muchas veces afectando la calidad en la prestación de los servicios de salud

5.5 COMPRADORES/ PODER DE NEGOCIACIÓN DE LOS COMPRADORES

Tabla 9. Poder de negociación de compradores

PODER DE NEGOCIACION DE COMPRADORES	Alto	Medio Alto	Equilibrio	Medio Bajo	Bajo	Inexistente
1 Grado de concentración			×			
2 Importancia del proveedor para el comprador	×					
3 Grado de hacinamiento			×			
4 Costos de cambio		×				
5 Facilidad de Integración hacia atrás	×					
6 Información del comprador sobre el proveedor	×					
7 Los compradores devengan bajos márgenes					×	
8 Grado de Importancia del Insumo	×					
9						
10						

EVALUACION FINAL		Alto	Medio Alto	Equilibrio	Medio Bajo	Bajo	Inexistente
PODER DE NEGOCIACION DE COMPRADORES	N	4	1	2	0	1	0
EMPRESA XYZ LIMITADA	%	50,0%	12,5%	25,0%	0,0%	12,5%	0,0%

Ver Gráfico

Fuente: Software Análisis de las fuerzas del mercado en tiempo real

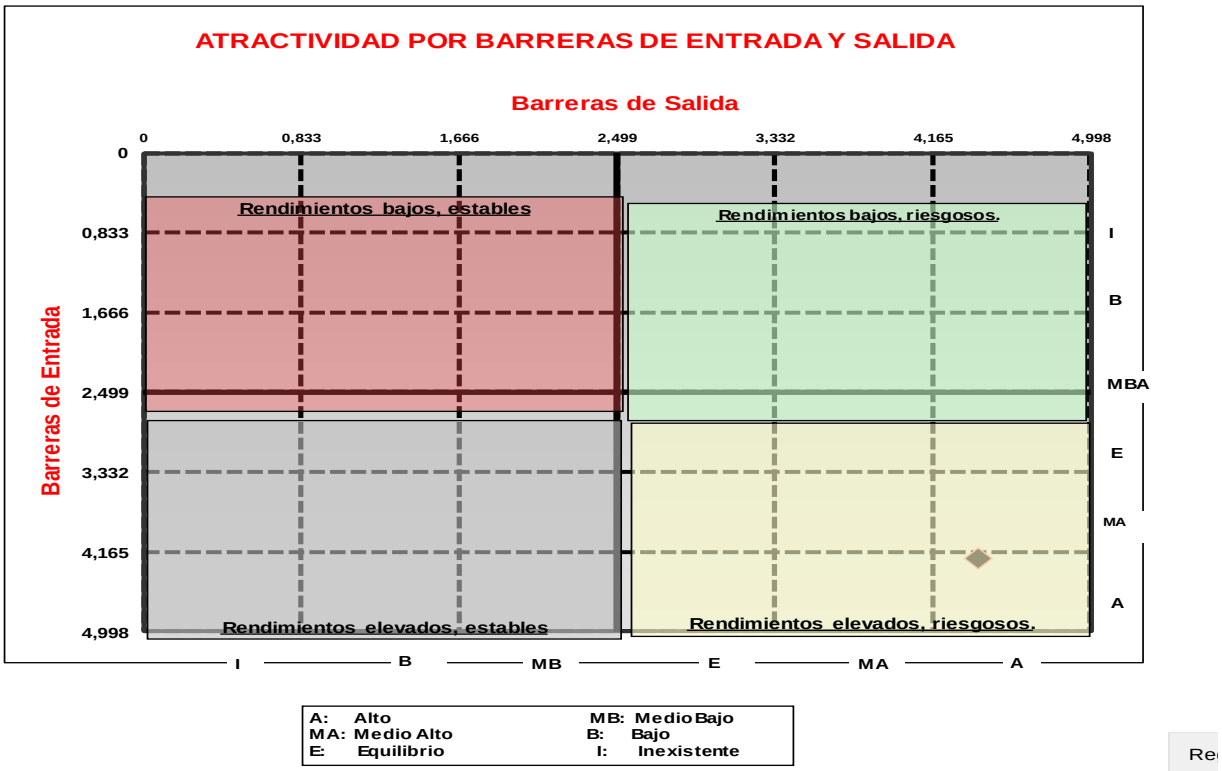
La importancia del proveedor para el comprador, la información del comprador, sobre el proveedor, la facilidad e integrarse hacia atrás y el grado de la importancia del insumo son altos, esto se traduce en que al ser las EPS; los principales compradores de servicios de salud, dada la organización estructural del sistema de seguridad social en salud, ejercen una posición dominante ya que son quienes administran los recursos financieros del sistema, y establecen en los planes de beneficios las condiciones de demanda, y de acceso a los servicios de salud.

El grado de concentración y el grado de hacinamiento de los compradores, se califica en equilibrio, dada que por lo general aplican las mismas condiciones de contratación y aplican los mismos mecanismos de pago.

5.6 ATRACTIVIDAD POR BARRERAS

5.6.1. Atractividad por barreras

Gráfica 4. Atractividad por barreras



Fuente: Software Análisis de las fuerzas del mercado en tiempo rea

Al realizar el análisis de barreras de entrada (4,24,); y barreras de salida (4,4) respectivamente; encontramos que las dos, se encuentran en un nivel alto; lo cual quiere decir que el sector presenta unos rendimientos elevados, pero también riesgosos; en este caso pueden serlo, no solamente por la constante variabilidad del sector en cuanto a normatizacion se refiere, sino que además existe una competencia basada en precios. como ya lo habíamos mencionado anteriormente, es un sector altamente regulado donde la estructura del mismo, está dada para que los prestadores de servicios de salud, conlleven el mayor riesgo en su rentabilidad, dada las demoras en los pagos por parte de las EPS y las constantes medidas administrativas que estas toman para no cancelar lo adeudado a los prestadores.

5.7 INTENSIDAD DE LAS FUERZAS DE MERCADO

Tabla 10. Intensidad de las fuerzas del mercado

NIVEL DE RIVALIDAD ENTRE COMPETIDORES EXISTENTES	3,86
PODER DE NEGOCIACION DE COMPRADORES	3,88
RIESGO DE INGRESO	4,09
PODER DE NEGOCIACIÓN DE PROVEEDORES	3,63
BIENES SUSTITUTOS	4,75

Fuente: Software Análisis de las fuerzas del mercado en tiempo real

El sector económico de prestadores de servicios de salud; presenta una especial situación, dada la estructura del sistema de salud al que pertenecen; esto quiere decir que las condiciones en que las IPS, operan, no son las propicias, dada a la posición dominante que tienen los compradores, es decir las EPS, las cuales tienen la administración de los recursos financieros, establecen el modelo de atención, en salud y la mayoría de veces, establecen el precio a pagar por el producto. Esto genera un clima adverso para los prestadores, puesto que existe una presión para bajar los precios constantemente, y para efectuar el recaudo de cartera, generando erosiones en la rentabilidad empresarial. Por lo anterior se considera necesario orientar a los prestadores a buscar nuevos compradores y a establecer nuevos mecanismos de pago; que garanticen el recaudo efectivo.

Por otra parte; observamos que el riesgo de ingreso y los bienes sustitutos son fuerzas con un alto porcentaje de calificación, esto indica en primer lugar que las ips; deben operar con toda su capacidad instalada, para producir los productos y /o servicios, generando un incremento en sus inventarios, pero que de otro lado, pueden aprovechar las economías de escala para producir y mejorar sus servicios con los mismos recursos.

De igual manera; La presencia de bienes sustitutos, debe abordarse como un catalizador para diferenciar el servicio y convertirlo en parte de la estrategia competitiva y que además genera un valor agregado a la institución.

6. ESTUDIO DE COMPETIDORES

6.1 DEFINICIÓN DE SUPUESTOS SECTORIALES

La definición y validación de los supuestos sectoriales; para el caso en particular; la hacemos a través del juicio y sondeo de expertos informados; quienes son a su vez, profesionales y usuarios de las cuatro instituciones del sector estratégico. Este juicio; es a su vez validado por el mismo sector; que es la unidad estructural que establece los factores claves de éxito y que en base a ellos, se generan los supuestos sectoriales. En consecuencia; los definimos en función de la debilidad o fortaleza presente en las siguientes variables del sector: productos/servicios, precios, mercadeo, operación, investigación, organización, capacidad administrativa.

Para la recolección de la información en la clínica inversiones de los andes; acudimos a la entrevista con el gerente, el subdirector científico, el auditor médico, y el representante de usuarios de la clínica. Los cuales; nos enunciaron los supuestos sobre sí mismos y sobre la entidad que consideran referente y que es parte del sector estratégico definido; a saber el hospital san Rafael de Tunja. En este orden de ideas; la información reflejada en la tabla 6,1; es el producto de la máxima expresión del modelo mental de las personas que aquí convergen; pero que si queremos ir más allá de la subjetividad; esta es información se convierte en el insumo para la matriz M.P.C.[20] del modelo matricial; la cual es perfectamente cuantificable y medible y que además nos permite desafiar los posibles verdades o paradigmas del sector.

[20] Matriz del perfil de la competencia- modelo matricial.

Tabla 11. Definición de los supuestos Sectoriales

Variable	Fortaleza	Debilidad
Productos / servicios	Buen nivel de oferta en servicios básicos y generales	Poca oferta de servicios especializados
Distribución y mercadeo	Los canales de mercadeo son los establecidos por las EPS. A través de su red de prestadores.	Las instituciones no tienes planes de mercadeo establecidos. El sector no presenta mayor avance en mercadeo de sus productos o servicios
Operación	Depende del modelo de entidad y organización empresarial	Se encuentra restringida por el estado
Investigación / ingeniería	Es un segmento sin explorar	No hay investigación
Costos	Pueden mejorarse con economías de escala Pueden gestionarse en función de resultados.	Los costos fijos son altos
Fortaleza financiera		Depende del recaudo efectivo. Mora en el flujo de recursos
Organización y capacidad administrativa	Las entidades se encuentran con estructuras definidas	Se presenta burocracia. curvas de aprendizaje y experiencia débiles

Fuente: Reunión de Expertos: inversiones medicas de los andes; Hospital san Rafael, Clínica Medilaser, Clínica Saludcoop

Tabla 12. Supuestos Inversiones Clínica inversiones de los andes

Suposiciones del competidor acerca del sector	**Suposiciones acerca de si mismo**
La ESE HSRT; es más rentable	"Prestamos un buen servicio"
La ESE HSRT, tiene más ventajas por ser publica	"Nuestro servicio es humanizado y centrado en el usuario"
La clínica Saludcoop no tiene problemas de recaudo, por ser parte de la integración vertical del Grupo.	"No existen más compradores"
Medilaser es parte de integración vertical de Comfamiliar Huila y por eso tiene mejores indicadores de recaudo	"no se pueden ofrecer más servicios que sean rentables"
	los accionistas no respetan la estructura organizacional

Fuente: Entrevista y reunión de expertos con Funcionarios y usuarios de la clínica inversiones medicas de los andes.

La validación de los supuestos sectoriales; para el caso en particular; la hacemos a través del juicio y sondeo de expertos informados; quienes son a su vez, profesionales y usuarios de las cuatro instituciones del sector estratégico. Este juicio; es a su vez validado por el mismo sector; que es la unidad estructural que establece los factores claves de éxito y que en base a ellos, se generan los supuestos sectoriales. En consecuencia; los definimos en función de la debilidad o fortaleza presente en las siguientes variables del sector: productos/servicios, precios, mercadeo, operación, investigación, organización, capacidad administrativa.

Para la recolección de la información en la clínica inversiones de los andes; acudimos a la entrevista con el gerente, el subdirector científico, el auditor médico, y el representante de usuarios de la clínica. Los cuales; nos enunciaron los supuestos sobre sí mismos y sobre la entidad que consideran referente y que es parte del sector estratégico definido; a saber el hospital san Rafael de Tunja. En este orden de ideas; la información reflejada en la tabla 6,1; es el producto de la máxima expresión del modelo mental de las personas que aquí convergen; pero que si queremos ir más allá de la subjetividad; esta es información se convierte en el insumo para la matriz M.P.C.[21] del modelo matricial; la cual es perfectamente cuantificable y medible y que además nos permite desafiar los posibles verdades o paradigmas del sector.

[21] Matriz del perfil de la competencia- modelo matricial.

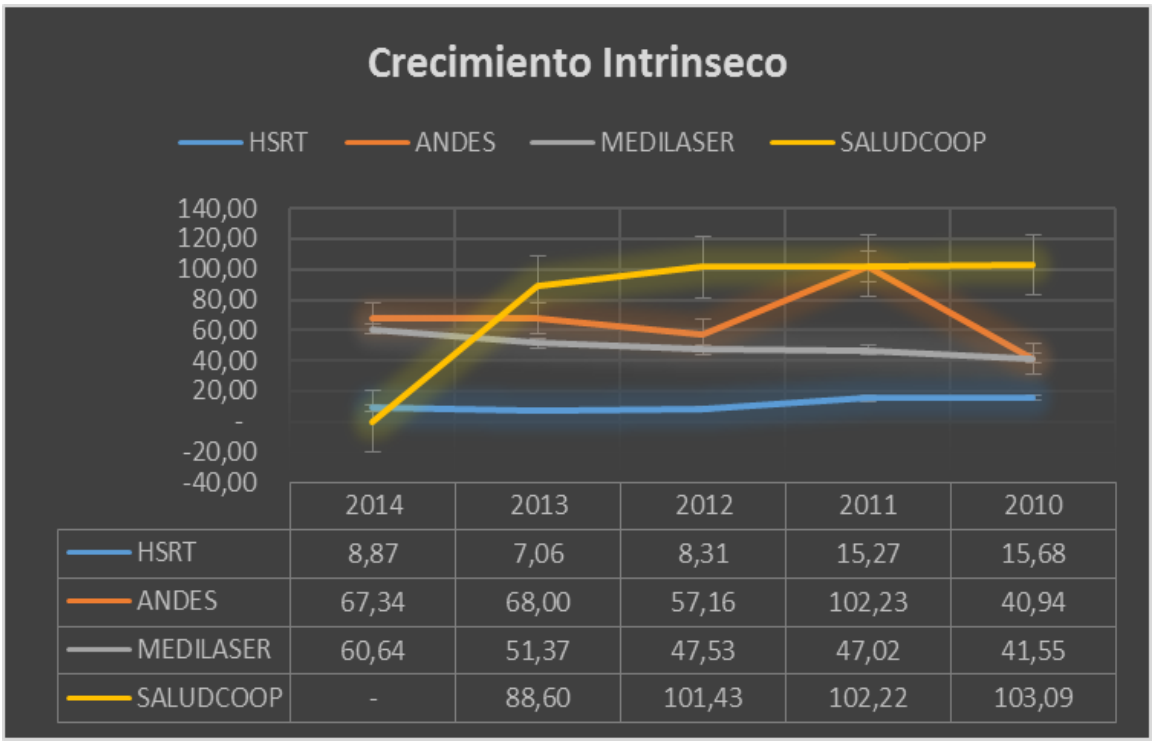
6.2 CÁLCULO DEL CRECIMIENTO POTENCIAL SOSTENIBLE

Tabla 13. Crecimiento intrínseco del sector de prestadores de servicios de salud

	2014	2013	2012	2011	2010
HSRT	8,87	7,06	8,31	15,27	15,68
ANDES	67,34	68,00	57,16	102,23	40,94
MEDILASER	60,64	51,37	47,53	47,02	41,55
SALUDCOOP	-	88,60	101,43	102,22	103,09

Fuente: Cálculos hechos con base en los estados financieros; publicados por la página web de la Superintendencia Nacional de Salud.

Gráfica 5. Crecimiento Intrínseco



Fuente: cálculo Tabla 15

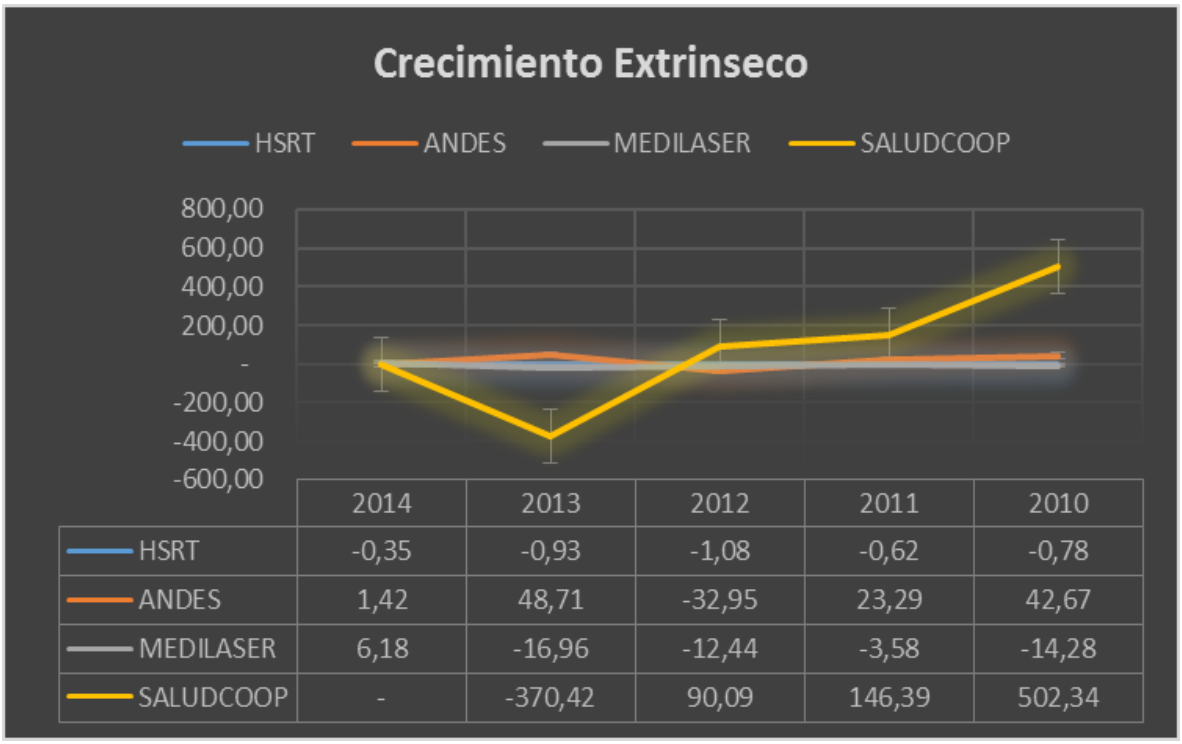
6.3 CRECIMIENTO EXTRÍNSECO

Tabla 14. Crecimiento Extrínseco

	2014	2013	2012	2011	2010
HSRT	- 0,35	- 0,93	- 1,08	- 0,62	- 0,78
ANDES	1,42	48,71	- 32,95	23,29	42,67
MEDILASER	6,18	- 16,96	- 12,44	- 3,58	- 14,28
SALUDCOOP	-	- 370,42	90,09	146,39	502,34

Fuente: Cálculos hechos con base en los estados financieros; publicados por la página web de la Superintendencia Nacional de Salud.

Gráfica 6. Crecimiento Extrínseco



Fuente: cálculos Tabla 16

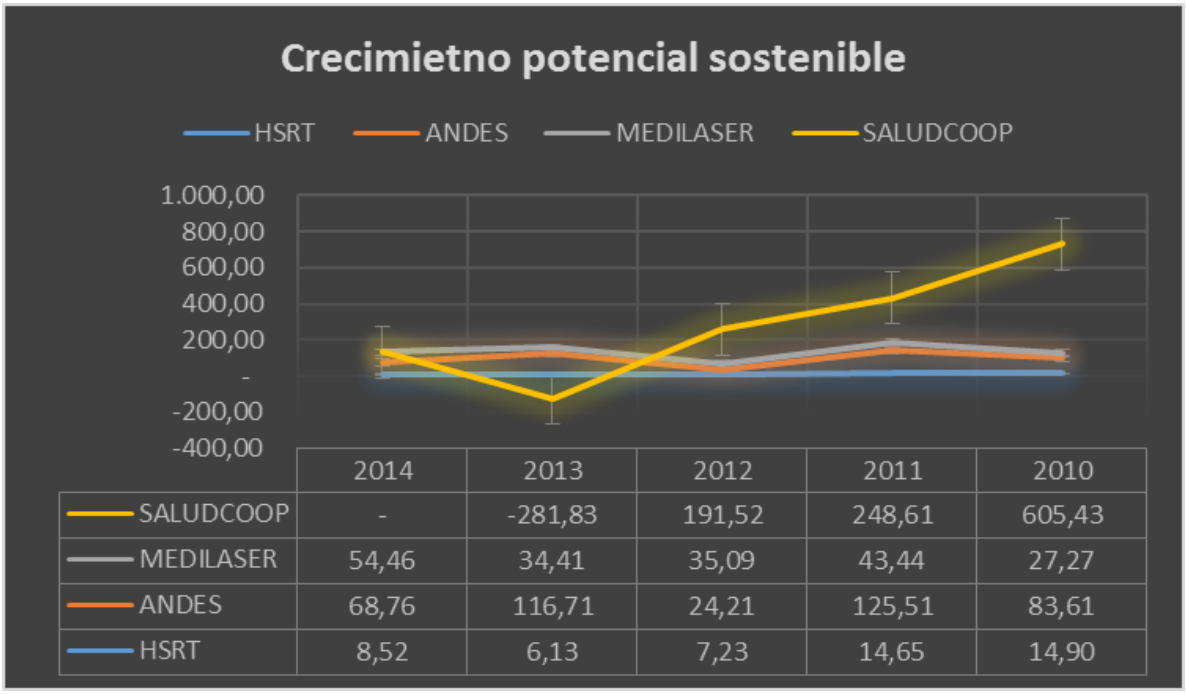
6.3 CRECIMIENTO POTENCIAL SOSTENIBLE

Tabla 15. Crecimiento potencial sostenible

	2014	2013	2012	2011	2010
HSRT	8,52	6,13	7,23	14,65	14,90
ANDES	68,76	116,71	24,21	125,51	83,61
MEDILASER	54,46	34,41	35,09	43,44	27,27
SALUDCOOP	-	- 281,83	191,52	248,61	605,43

Fuente: Cálculos hechos con base en los estados financieros; publicados por la página web de la Superintendencia Nacional de Salud.

Gráfica 7. Crecimiento Potencial Sostenible



Fuente: cálculos Tabla 17

6.3.1 Diagnóstico del Crecimiento potencial sostenible

Para el caso que nos compete, inversiones medicas de los andes; utilizara el crecimiento potencial sostenible y el crecimiento de la demanda como elemento de monitoreo permanente. A partir de ahora se direccionara en función de la nueva plataforma estratégica, la cual condensara cada uno de los aportes obtenidos en el presente documento.

Si bien el CPS; de los andes; se muestra homogéneo con respecto al Hospital San Rafael y Clínica Medilaser; también podemos inferir que tuvo notoriedad en los años 2013; y 2011; donde presenta un leve crecimiento si tenemos en cuenta los años anteriores y las demás empresas. (Ver gráfico 7).

En adelante; inversiones medicas de los andes; debe orientar su estrategia a lograr una mayor participación en el mercado; tomando como referencia su capacidad de crecimiento y por supuesto la del sector estratégico. La demanda del sector por lo general tiende al aumento; tomando como referencia las siguientes variables; la ampliación de coberturas; que anualmente se da en el sistema de seguridad social en salud; sobre todo en el régimen subsidiado. El aumento del promedio de vida de los colombianos; que actualmente se encuentra en 83 años de edad para las mujeres y 78 para los hombres[22]. Lo anterior, genera el incremento en demanda de servicios para el adulto mayor y el aumento de la morbilidad de enfermedades propias de este grupo etareo. Y por último la ampliación de servicios que se dan desde la estructura del mismo sistema nacional de salud, en lo referente a actividades de prevención y promoción; las cuales clasifican e inducen a la población a demandar cada vez más la atención primaria en salud.

[22] OMS. Cifras mundiales en salud. 2015

6.4 CALCULO DE DELTAS

Tabla 16. Información financiera Sector prestadores de servicios de salud años 2010-2014

	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014
UTILIDAD OPERACIONAL	10.405.700,00	11.971.183,00	6.205.326,00	17.752.591,00	51.628.758,00
INGRESOS	61.503.847,00	76.461.796,00	88.684.292,00	1.067.390.990,00	343.834.130,00
COSTOS	41.167.093,00	53.310.896,00	61.000.291,00	918.390.685,00	247.149.477,00

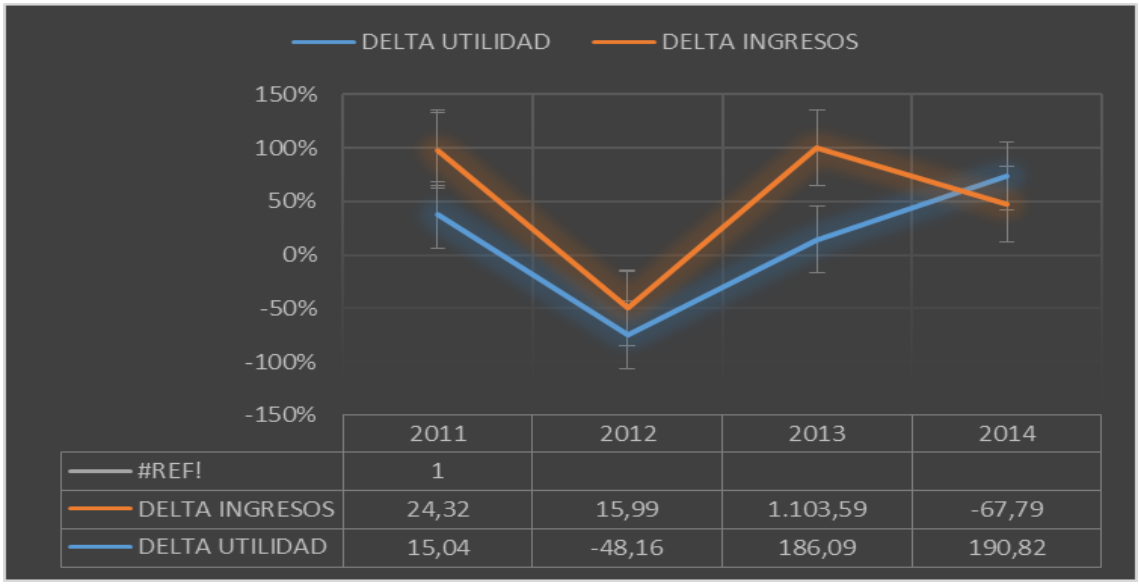
Fuente: Cálculos hechos con base en los estados financieros; publicados por la página web De la Superintendencia Nacional de Salud.

Tabla 17. Deltas; Utilidad, ingresos y costos del sector: años 2010-2014

	2011	2012	2013	2014
DELTA UTILIDAD	15,04	- 48,16	186,09	190,82
DELTA INGRESOS	24,32	15,99	1.103,59	- 67,79
DELTA COSTOS	29,50	14,42	1.405,55	- 73,09

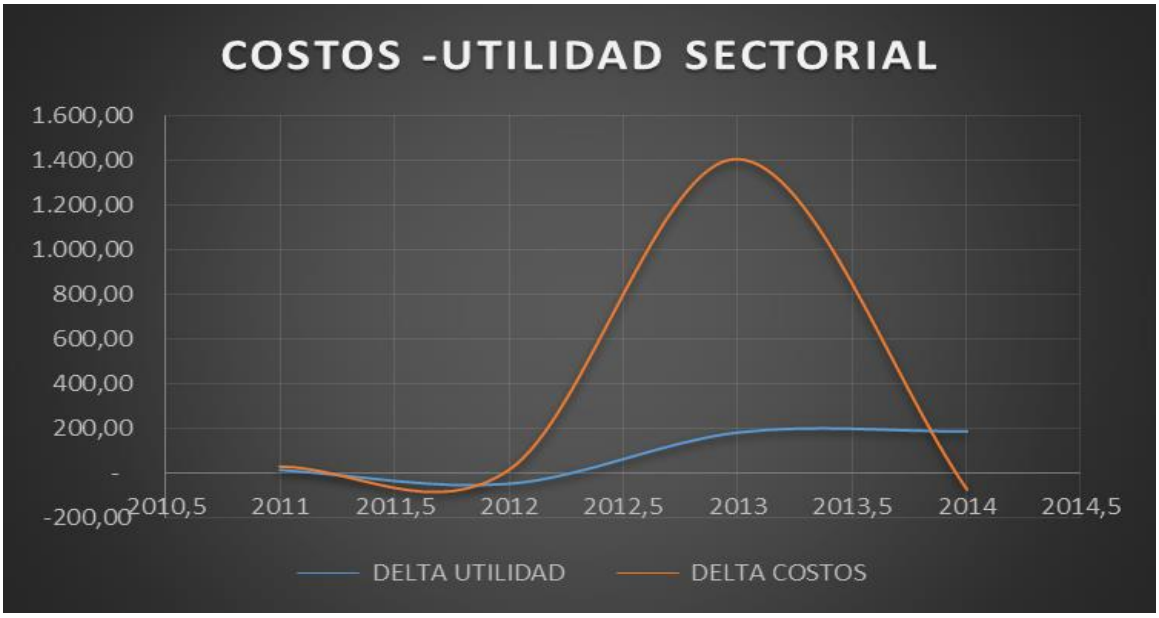
Fuente: Cálculos hechos con base en los estados financieros; publicados por la página web de la Superintendencia Nacional de Salud.

Gráfica 8. Deltas, Ingresos y utilidad del sector. 2010-2014



Fuente: cálculos Tabla 19

Gráfica 9. Deltas costos-Delta utilidad del sector



Fuente: cálculos Tabla 19

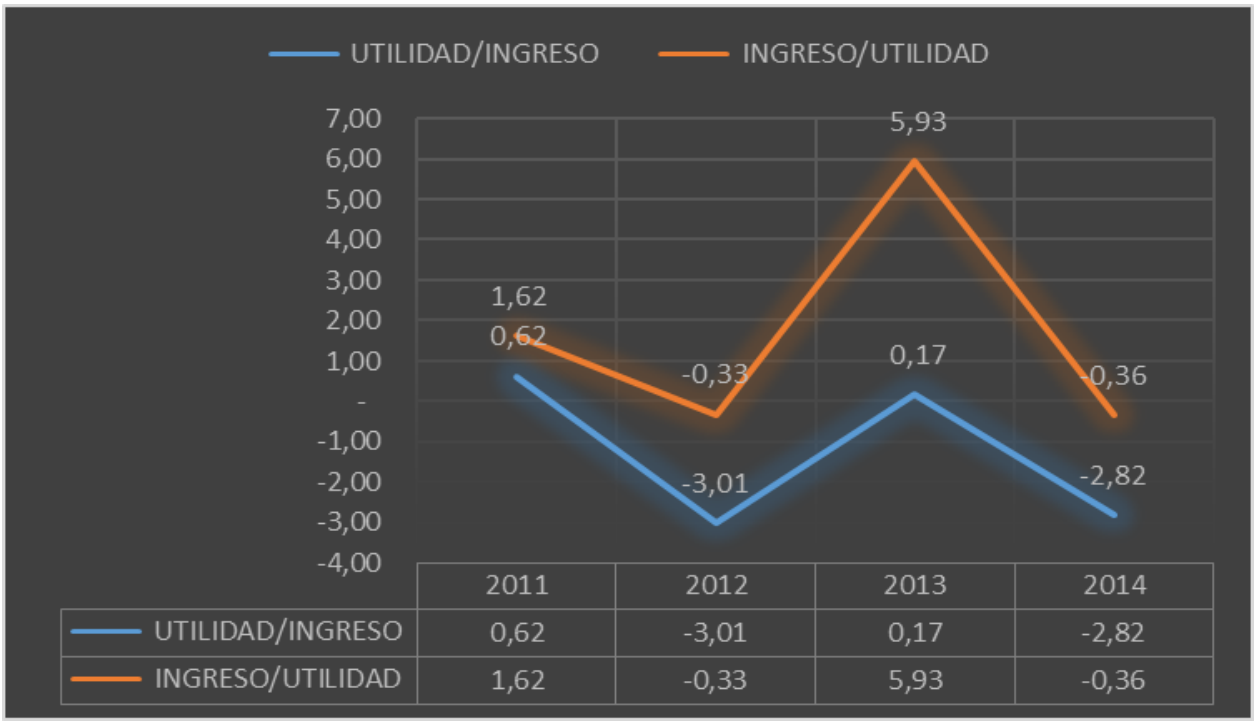
6.5 RELACIÓN UTILIDAD INGRESO- INGRESO UTILIDAD

Tabla 18. Utilidad ingreso – Ingreso Utilidad

	2011	2012	2013	2014
UTILIDAD/INGRESO	0,62	- 3,01	0,17	- 2,82
INGRESO/UTILIDAD	1,62	- 0,33	5,93	- 0,36

Fuente: Cálculos hechos con base en los estados financieros; publicados por la página web de la superintendencia nacional de salud.

Gráfica 10. Relación utilidad ingreso- ingreso utilidad



Fuente: cálculos Tabla 20

6.6 INTERPRETACIÓN RELACIÓN INGRESO UTILIDAD- UTILIDAD INGRESO

Durante el periodo de medición que va desde el año 2010 a 2014; se observa que una vez efectuados los cálculos de deltas de utilidad, ingresos y costos; la relación utilidad ingreso; (tabla I, grafico I.) nos muestra un valor inferior a 1; lo cual indica que los ingresos del sector crecen más que la utilidad, dando como consecuencia una erosión de la productividad, ya que los costos de igual modo se han incrementado (grafico 9) durante todo el periodo de medición.

La erosión de la productividad; es una patología empresarial; donde el problema no reside en vender; sino en ser ineficiente internamente. Esto genera márgenes de utilidad cada vez más bajos; originado básicamente por problemas en el manejo de los recursos.

7. FASE DE DISEÑO ESTRATÉGICO

7.1 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS

7.1.1 Matriz MEFI

Tabla 19. Matriz MEFI

FACTOR CRITICO: FORTALEZAS	PONDERACIÓN	EVALUACIÓN	RESULTADO
Buena imagen de la clinica ante usuarios y EPS	10%	3	0,30
Oportunidad en el servicio de general y especializado	10%	3	0,30
Liquidez financiera, para cumplir con oblaciones	15%	4	0,60
Talento humano Motivado	10%	3	0,30
Estabilidad laboral	10%	3	0,30
Capacidad de Inversion en Tecnologia y equipos medicos	10%	3	0,30
			-
			-
			-
			-
FACTOR CRITICO: DEBILIDADES	**PONDERACIÓN**	**EVALUACIÓN**	**RESULTADO**
Capacidad instalada deficiente	6%	2	0,12
Organización estructural indefinida	10%	2	0,20
Deficientes canales de comunicación interna	9%	2	0,18
No hay investigacion ni mercadeo	5%	2	0,10
Plataforma estrategica de la empresa es debil	5%	2	0,10
			-
			-
			-
			-
			-
TOTAL	**100%**		**2,80**

Fuente: Software matricial- Reunión con Gerente, Subgerente y auditor médico, clínica inversiones de los andes de Tunja.

Fortalezas

Buena imagen de la clínica ante usuarios y EPS; La clínica inversiones de los andes; cuenta con aceptación entre usuario y compradores de servicios en general, la gran mayoría de personas a las que se consultó; (Directores de EPS y usuarios de la clínica; refieren el centro, como una institución en proceso de desarrollo, pero con una imagen positiva ante los mismos.

Oportunidad en la prestación del servicio general y especializado: pese a que la oportunidad en los servicios especializados, es uno de los factores críticos del actual sistema de salud, los andes, esta cuenta con un margen de atención dentro de lo considerado oportuno por los indicadores de calidad en salud [23], esto es una semana, y para atención general un día.

Liquidez financiera. Inversiones medicas de los andes; cuenta con liquidez financiera, lo que le permite cumplir con obligaciones mercantiles y laborales. De igual manera esta fortaleza, representa la posibilidad de inversión para el desarrollo de la misión empresarial.

Talento humano motivado. Al poder cumplir oportunamente con las obligaciones laborales; se genera un clima organizacional adecuado para la operación empresarial.

Estabilidad laboral. Nuestros colaboradores, se encuentran vinculados directamente a la empresa, y sin intermediación laboral, esto genera un clima de trabajo estable y motivador para los mismos

[23] S.O.G.C. sistema Obligatorio de garantía de la calidad en salud

Debilidades

Capacidad instalada deficiente. Actualmente y dado el creciente volumen de la demanda de servicios de salud, los andes se encuentra en remodelación y adecuación de locaciones, además de adquisición de nuevos equipos para cubrir con la demanda de los usuarios.

Organización Estructural y canales de comunicación internos débiles. Aun cuando la estructura directiva y operativa se encuentra definida conceptualmente; en la práctica es difícil sostener el conducto regular de jerarquías, puesto que existe un gerente nombrado por la junta de accionistas, pero muchos de estos accionistas son a su vez funcionarios de la entidad, lo que hace que interfieran en las decisiones de direccionamiento, saltando los procesos y estructuras definidas con anterioridad.

Esta situación, conlleva a que muchas veces, la información se distorsione y se generen reprocesos, y malentendidos dentro de la institución.

No existe plan de mercadeo ni programas de investigación. La entidad adolece de programas concretos en mercadeo, esta se limita a la contratación que hace el gerente con los compradores de régimen subsidiado y contributivo, por demás, no hay estrategias claras que establezcan el cómo la clínica haría llegar sus productos al consumidor final.

Plataforma Estratégica débil. Inversiones medicas de los andes, cuenta con una plataforma; general, poco definida y especifica; carece de planes operativos para su ejecución y de mecanismos para ser interiorizada por los usuarios internos de la institución. Los objetivos estratégicos son muy generales, así como la ausencia de estrategias que permitan alcanzarlos. No existe evaluación regular del desarrollo de la plataforma; así que es difícil medir, porcentualmente el nivel de avance o no de esta.

7.2 MATRIZ M.E.F.E.

Tabla 20. Matriz M.E.F.E.

FACTOR CRÍTICO: OPORTUNIDADES	PONDERACIÓN	EVALUACIÓN	RESULTADO
Gran demanda de servicios de salud	10%	4	0,40
Pocas entidades especializadas en servicios de salud de II y III nivel	10%	4	0,40
Excelente Oferta de Servicios y profesionales generales	5%	3	0,15
Posibilidad nuevos mercados	5%	4	0,20
Poblacion y Economia diversa	5%	4	0,20
			-
			-
			-
			-
			-
FACTOR CRÍTICO: AMENAZAS	**PONDERACIÓN**	**EVALUACIÓN**	**RESULTADO**
Sector Atipico - cultura de no pago-	10%	1	0,10
Sector corrupto y burocratico	10%	1	0,10
Competencia desigual	10%	2	0,20
Inestabilidad juridica y sector altamente regulado	10%	1	0,10
Mora en el flujo de recursos y recaudo de cartera	10%	1	0,10
Problemática fiscal del sector..	5%	1	0,05
Las entidades de control y vigilancia no son efectivas	10%	2	0,20
TOTAL	**100%**		**2,20**

Fuente: Software matricial- Reunión con Gerente, Subgerente y auditor médico, clínica inversiones de los andes de Tunja.

Oportunidades

Gran demanda de servicios de salud. Con el creciente aumento de población, cambios de modelo de atención y vinculación del usuario al sistema de salud, la demanda de servicios se ha venido aumentando, lo cual se convierte en un aspecto relevante para los andes, a la hora de incursionar en el mercado.

Pocas entidades especializadas en salud. Tunja al ser una capital departamental pequeña, y en vías de desarrollo económico, presenta con clínica de los andes, apenas cuatro entidades hospitalarias especializadas, dada la creciente demanda de servicios de salud, los andes puede aprovechar esta situación para fortalecer su estructura y prestación del servicio.

Excelente oferta de profesionales y servicios generales en salud. En la ciudad de Tunja existen varias universidades con facultades de salud, lo cual representa una muy buena disposición de profesionales generales como; médicos, terapeutas. Bacteriólogos etc.

Economía y población diversa.- posibilidad de nuevos mercados. Tunja ha entrado en una diversificación de su economía, aproximadamente desde 15 años atrás, dada originariamente por el comercio, y el sector oficial. Actualmente la llegada de personas de diferentes partes del país, y extranjería, ha facilitado que nuevos renglones de la economía, como la construcción y la finca raíz, el comercio de grandes superficies, entre otros; generen un nuevo clima de inversión y múltiples posibilidades de crecimiento económico.

Amenazas

Sector atípico-cultura del no pago. El sector de prestadores de servicios de salud, ha tenido a lo largo de los últimos años, una profunda crisis financiera, debido al no pago por parte de los compradores de servicios, los cuales se encuentran en una posición dominante, dada la estructura del mismo sistema nacional.

Sector Corrupto y burocrático. Aunado a lo anterior; el sector de la salud, también presenta un alto nivel de burocracia y corrupción; no obstante múltiples entidades compradoras de servicios de salud, han sido intervenidas y liquidadas por la superintendencia de vigilancia, como producto de malos manejos administrativos y financieros.

Competencia desigual. El sector que aquí nos compete; se encuentra conformado por IPS de II y III nivel de atención; existe también la entidad pública, que tiene múltiples ventajas sobre las privadas, sobre todo al momento de contratar y pagar, esto genera desigualdad en el recaudo efectivo de las entidades del sector. Dé otro lado encontramos la clínica saludcoop y medillaser, quienes son parte de la integración vertical de las EPS saludcoop y CAJASALUD, las cuales obviamente tienen otro sistema de recaudo al de los andes, el cual es ventajoso y les genera una ventaja competitiva frente a las demás entidades.

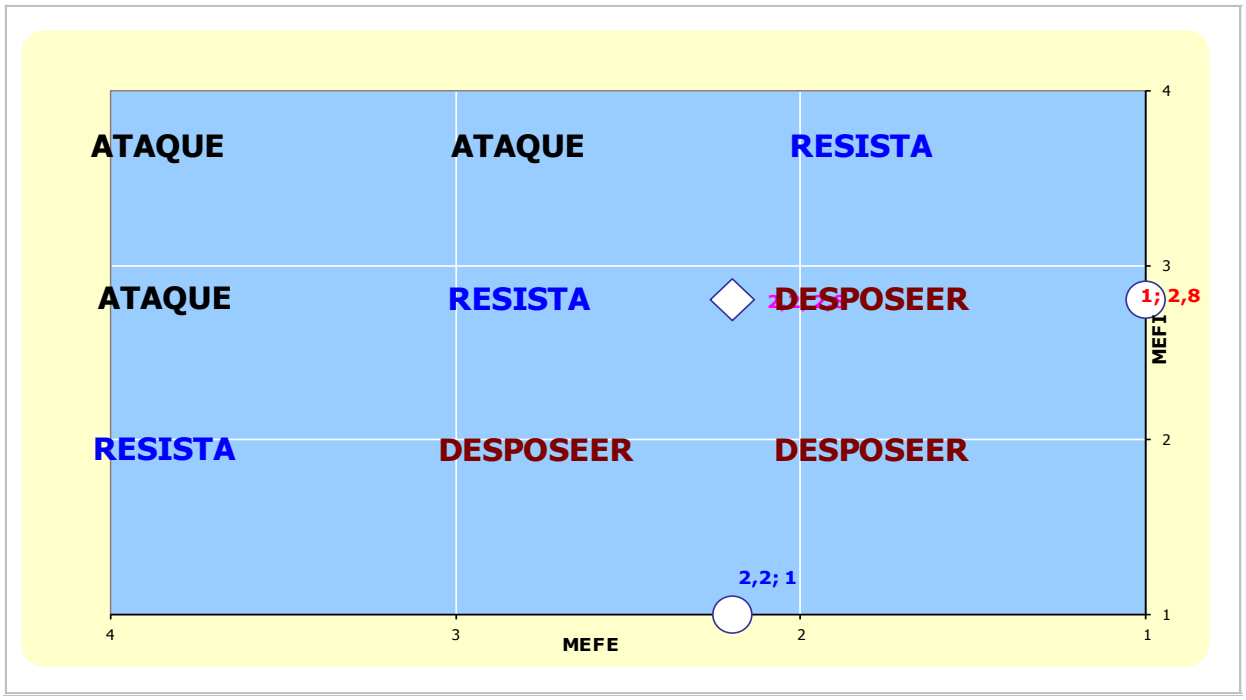
Inestabilidad jurídica. El sector se encuentra altamente regulado, lo que por lo general o es una buena señal en cuanto a inversión se refiere, las múltiples reformas legislativas en salud han provocado cambios contractuales que no favorecen la contratación para los prestadores sino para los compradores.

Problemática fiscal del sector-Mora en el pago a prestadores. El sistema nacional de salud se ha convertido en un sector donde la cultura es la de no pagar y ejercer múltiples conductas de evasión de compromisos mercantiles a corto y largo plazo, esto en conjunto con la problemática fiscal a nivel nacional donde los recursos cada vez son mayores, pero que al prestador no llegan,

sino que se quedan en los intermediarios, hace que la operación de las IPS, sea cada vez más riesgosa y sin garantías.

Las entidades de vigilancia y control no son efectivas. Entidades como la supe salud, direcciones locales y departamentales de salud, contraloría y procuraduría, no ejercen controles adecuados ni actividades de vigilancia que permitan garantizar e flujo de los recursos; sino que su la labor se limita a ejercer acciones post-eventuales mas no de prevención; esto ha generado que sea "normal" desfalcar entidades que administran recursos en salud y no ocurra nada" en términos legales.

Gráfica 11. Matriz de factores internos y externos MI-ME



X	Y
MEFE	MEFI
2,2	1
1	2,8
2,2	2,8

Fuente: Software matricial.

Interpretación de la Matriz MI-ME

La calificación obtenida es de 2,8; para la matriz de factores internos y 2,2 para la matriz de factores externos; esto quiere decir que la entidad cuentas con igual proporción de debilidades como fortalezas.

La primera posición; 2,8; se encuentra ubicada en el cuadrante desposeer; esto indica que la institución se encuentra con la supervivencia comprometida.

La segunda posición; 2,2; ubicada en el cuadrante desposeer;

Tercera posición. La intersección de los dos puntos anteriores; ubicado en el cuadrante RESISTA; indica sostener una posición de statu quo, a fin de evitar una posible liquidación y re direccionar la estrategia de sostenibilidad empresarial.

7.3 MATRIZ P.E.E.A.

Tabla 21. Matriz P.E.E.A.

	PUNTOS	
	x FF/CN	*y* VC/FI
VENTAJA COMPETITIVA (VC)	-3,17	
CLIMA NEGOCIO - RIESGO PAIS (CN - RP)		-3,00
FORTALEZAS INDUSTRIA - ATRACTIVO SECTOR (FI-AS)	3,00	
FORTALEZA FINANCIERA (FF)		3,33
TOTALES	**-0,17**	**0,33**

Fuente: Software matricial- cálculos hechos a partir de la calificación asignada.

Ventaja Competitiva. La clínica inversiones de los andes; presenta algunas ventajas sobre sus competidores; como las de tener liquidez para cumplir con obligaciones laboralares y opciones de inversión en equipo biomédico y adecuación de locaciones. Lo primero ha permitido que el talento humano se encuentre motivado y vinculado a la empresa directamente y sin intermediación laboral, lo cual es un aspecto bastante positivo para el desarrollo y operación de la empresa.

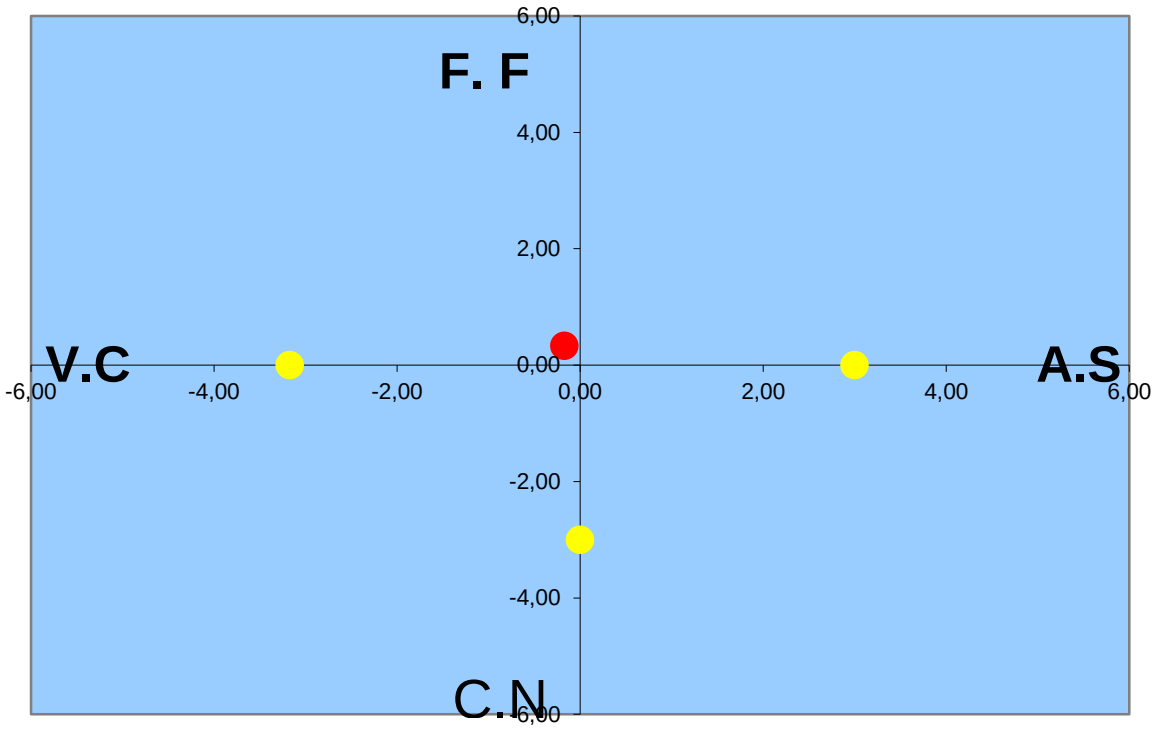
Clima de negocio. La prestación de servicios en salud en Colombia; presenta tantas características negativas como positivas; de un lado es un sector altamente regulado, e jurídicamente hablando. El flujo de recursos posee una problemática especial dado, los altos niveles de corrupción y burocracia a nivel nacional. De otro lado, la gran demanda de servicios

de salud, la inversión del PIB en el sector, y la posibilidad de nuevos mercados, pueden darnos visos de la estructura y operación del mismo.

Fortaleza de la industria. El alto riesgo de ingreso al sector de los prestadores de servicios de salud, hace un verdadero filtro a posibles competidores, las diversas economías y poblaciones de la industria, se convierten en verdaderas fortalezas a la hora de competir.

Fortaleza financiera. Inversiones medicas de los andes presenta como pocas instituciones de salud, liquidez que le permite no solo cumplir con sus obligaciones laborales y mercantiles, sino que puede hacer inversiones en adquisición de equipos biomédicos y tecnología.

Gráfica 12. Posición Estratégica, y evaluación de la Acción



Fuente: Software matricial

Interpretación de la matriz del perfil estratégico y evaluación de la acción

La intersección de los puntos del eje horizontal, como del vertical; dan como resultado una ubicación en el cuadrante De resista; esto coincide finalmente con la matriz MI.ME; lo cual indica que la empresa inversiones de los andes, debe mantener el statu quo, y prudentemente re direccionar sus esfuerzos a evitar una posible liquidación.

7.4 MATRIZ DE ANÁLISIS D.O.F.A

Tabla 22. Matriz de análisis D.O.F.A.

MATRIZ DOFA

<<Inicio <Anterior CPE> Siguiente>>

MEFI / MEFE

	DEBILIDADES
d1	Capacidad instalada deficiente
d2	Organización estructural indefinida
d3	Deficientes canales de comunicación interna
d4	No hay investigacion ni mercadeo
d5	Plataforma estrategica debil
d6	
d7	
d8	
d9	
d10	

	FORTALEZAS
f1	Buena Imagen de la clinica ante usuarios y
f2	Oportunidad en la prestacion de servicios
f3	Liquidez financiera
f4	Talento humano motivado
f5	Estabilidad laboral
f6	Capacidad para invertir en tecnologia y
f7	
f8	
f9	
f10	

OPORTUNIDADES

o1	Gran demanda de servicios de salud
o2	Pocas entidades especializadas en
o3	Excelente oferta de profesionales y
o4	posibilidad nuevos mercados
o5	población y economia diversa
o6	
o7	
o8	
o9	
o10	

	POSICIÓN (DO)	
do1	D1, D2, O1, O3, O5	Desarrollo de producto
do2	D1, D2, O4, O3	Otra 2
do3	D3, D5, D6, O5, O2	Desarrollo del mercado
do4	D4, O2, O4, O5	Otra 1
do5	D7, O1, O2, 05	Penetración en el mercado
do6		Liquidación
do7		Mixtas

	POSICIÓN (FO)	
fo1	F1, F3, F6, O4, O5	Desposeimientos
fo2	F1, F2, F3, F4, O3	Asociación
fo3		Fusión
fo4		Fusión
fo5		Fusión
fo6		Adquisición
fo7		Integración hacia atrás

AMENAZAS

a1	Sector Atipico - cultura de no pago
a2	sector corrupto y burocratico
a3	Competencia desigual
a4	Inestabilidad juridica y sector altamente
a5	Mora en el flujo de recursos y recaudo de
a6	problematica fiscal del sector
a7	Las entidades de control y vigilancia son
a8	
a9	
a10	

	POSICIÓN (DA)	
da1	D1, D2, A1, A5	Otra 2
da2	D7, D8, A1, A4	Mixtas
da3		Mixtas
da4		Liquidación
da5		Fusión
da6		Asociación
da7		Liquidación

	POSICIÓN (FA)	
fa1	A1, F1, F2, F3	Desarrollo del mercado
fa2	A3, F1, F5, F2, F6	Desarrollo de producto
fa3	A5, A6, F1, F6	Penetración en el mercado
fa4		Fusión
fa5		Diversificación concéntrica
fa6		Integración horizontal
fa7		Desposeimientos

Fuente: Software matricial; convergencia de matrices MEFE y MEF

7.5 IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DE ALTA COMPLEJIDAD

Posición Do

Estas estrategias buscan afrontar la crisis específica o interna; se establecen mediante el cruce de factores como: debilidades y oportunidades. Como resultado obtenemos:

Desarrollo de producto + Gestión clínica. La primera consiste en Mejorar o modificar los productos actuales para mantenerles en el mismo mercado. Con esta estrategia, los andes busca adquirir más representación en el mercado ya existente, y agregar a su cadena de valor; servicios diferenciados y competitivos en el sector. Con esto la institución puede atraer nuevos clientes y nuevos mercados.

Gestión clínica. Esta estrategia se fundamenta en la autoevaluación basada en la evidencia clínica y la cultura de participación y mejoramiento continuo. Busca mejorar las competencias, e incrementar la oferta de servicios con valor agregado; a través de la optimización de los recursos disponibles y la incorporación de procesos efectivos de resultados.

Posición FA

Cruce de fortalezas y amenazas. Con esta posición, se pueden establecer las estrategias para afrontar la crisis estructural. Para este caso, se determina: 1.**desarrollo de mercado, 2. Penetración en el mercado.** Con la primera inversiones medicas de los andes, debe Introducir productos o servicios presentes en zonas geográficas diferentes donde opera o en segmentos nuevos de mercado , a fin de buscar nuevos compradores y nuevas fuentes de ingreso que le permitan generar alternativas de ventas a clientes diferentes de los establecidos por el sistema nacional de salud y con la segunda; los andes debe conseguir una mayor participación en el mercado para los productos o servicios actuales en los segmentos nuevos.

Posición FO

Es el resultado del cruce de las variables; fortalezas y oportunidades. Es útil para adquirir recursos económicos a corto plazo. Como resultado obtenemos: **Desposeimiento y asociación**. La primera consiste en Vender una UEN o una parte de ella por la vía accionaria. Usualmente este fenómeno se observa en conglomerados o holdings. La segunda se da cuando dos organizaciones se unen para explotar un mercado. La unión es temporal; ninguna entidad pierde su identidad y se generan sinergias.

Posición DA

Esta posición es el resultado de cruzar las debilidades y las amenazas. Es óptima para promover y facilitar la inversión; por lo anterior; establecemos como primera opción la **Gestión organizacional efectiva** y como segunda medida una estrategia mixta. Con la primera se busca establecer una plataforma estratégica fuerte, que determine los objetivos, las metas y las estrategias de la empresa en forma clara y contundente; Así como los mecanismos de evaluación a los mismos estándares y planes de mejoramiento continuo. Y por último, con la estrategia mixta; que es la combinación de las estrategias genéricas anteriormente descritas, se Pretende orientar la clínica inversiones medicas de los andes hacia la perdurabilidad y sostenibilidad empresarial.

7.6 MATRIZ DE EVALUACIÓN DE POTENCIAL ESTRATÉGICO C.P.E

Tabla 23. Matriz de evaluación de potencial estratégico

FACTORES	ESTRATEGIAS	do1: D1, D2, O1, O3, O5: Desarrollo de producto		do2: D1, D2, O4, O3: DESARROLLO ESTRATEGICO EFECTIVO		do5: D7, O1, O2, 05: Penetración en el mercado		fo1: F1, F3, F6, O4, O5: Desposeimientos		fo2: F1, F2, F3, F4, O3: Asociación	
	EVALUACIÓN	EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN	RESULTADO	EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN	RESULTADO	EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN	RESULTADO	EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN	RESULTADO	EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN	RESULTADO
Capacidad instalada deficiente	2	4	8	4	8	4	8	3	6	4	8
Organización estructural indefinida	2	4	8	4	8	4	8	3	6	4	8
Deficientes canales de comunicación interna	2	2	4	1	2	0	0	1	2	1	2
No hay investigacion ni mercadeo	2										
Plataforma estrategica debil	2										
	0										
	0										
	0										
	0										
	0										
Buena Imagen de la clinica ante usuarios y EPS	3	3	9	2	6	2	6	2	6	2	6
Oportunidad en la prestacion de servicios generales y especializados	3	2	6	3	9	3	9	3	9	3	9
Liquidez financiera	4	3	12	4	16	3	12	3	12	3	12
Talento humano motivado	3	3	9	4	12	3	9	3	9	3	9
Estabilidad laboral	3	2	6	4	12	3	9	3	9	2	6
Capacidad para invertir en tecnologia y equipos biomedicos	3	4	12	1	3	2	6	4	12	3	9
Gran demanda de servicios de salud	4	3	12	1	4	4	16	3	12	4	16
Pocas entidades especializadas en servicios de salud de II y III nivel	4	3	12	3	12	3	12	2	8	3	12
Excelente oferta de profesionales y servicios generales	3	4	12	3	9	4	12	3	9	4	12
posibilidad nuevos mercados	4	2	8	2	8	2	8	3	12	2	8
poblacion y economia diversa	4	4	16	3	12	4	16	4	16	4	16
	0										
	0										
	0										
	0										
	0										
Sector Atipico - cultura de no pago-	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
sector corrupto y burocratico	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
Competencia desigual	1	2	2	1	1	3	3	1	1	1	1
Inestabilidad juridica y sector altamente regulado	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Mora en el flujo de recursos y recaudo de cartera	1	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3
problemática fiscal del sector..		2	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Las entidades de control y vigilancia son ineficaces	2	2	4	2	4	2	4	1	2	1	2
	0		0		0		0		0		0
	0		0		0		0		0		0
TOTALES		**148**		**135**		**149**		**140**		**145**	
¿DEBE INCLUIRSE?		S									
		do1		do2		do5		fo1		fo2	
		2		5		1		4		3	

Fuente: Software matricial.

Como puede observarse en la tabla de evaluación de potencial estratégico CPC; la cual corrobora el resultado de la matriz de análisis DOFA; las estrategias a priorizar por puntuación y calificación según ponderación efectuada en el software Matricial son:

1. Penetración del mercado
2. Desarrollo de producto
3. Asociación
4. desposeimientos
5. Gestión estratégica efectiva

7.8 EVALUACIÓN Y DETERMINACIÓN DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN

Misión

Somos una Institución prestadora de servicios de salud renovada, ofrecemos servicios especializados de mediana y alta complejidad, dirigidos a la comunidad boyacense y el centro-oriente colombiano, con criterios de humanización y respeto a la dignidad del usuario y su núcleo familiar, contamos con talento humano competente, filosofía de mejoramiento continuo y tecnología moderna que nos permiten garantizar los más altos estándares de calidad y seguridad del paciente.

7.9 MATRIZ DE EVALUACIÓN DE LA MISIÓN

Tabla 24. Matriz de evaluación de la misión

	FACTORES	SÍ	NO	PARCIALMENTE
1	Clientes	x		
2	Productos o servicios	x		
3	Ámbito geográfico	x		
4	Tecnología	x		
5	Supervivencia, crecimiento y rentabilidad		x	
6	Filosofía		x	
7	Concepto de sí misma	x		
8	Preocupación por la imagen pública	x		
9	Efectividad reconciliadora	x		
10	Calidad inspiradora		x	

ANÁLISIS		
Sí	7	70%
No	3	30%
Parcialmente	0	0%
TOTAL		100%

Fuente: Software matricial

Visión

Para el año 2016 **la CLINICA INVERSIONES MEDICAS DE LOS ANDES** será una IPS acreditada, mejorará su posición como empresa líder en la prestación de servicios de salud de alta complejidad; el talento humano y su sentido de pertenencia, la calidad y la tecnología nos permitirán ser reconocidos como la mejor opción para clientes internos y externos.

Objetivos no económicos

Fortalecer la estructura empresarial y canales de comunicación interna.
Mejorar la oferta y calidad de los servicios.
Adaptar la empresa a las exigencias del mercado
Evaluar trimestralmente el clima organizacional y la satisfacción del cliente interno y externo.
Modernización de la gestión administrativa, asistencial y tecnológica

Objetivos económicos

Mantener y mejorar la liquidez financiera, mediante el recaudo efectivo
Perdurabilidad empresarial; mediante el desempeño superior en los estados financieros
Lograr la Sostenibilidad empresarial.
Mejorar la utilidad neta y operacional con respecto a años anteriores.
Gestionar los costos operacionales
Obtener desempeño superior con respecto al retorno sobre activos o indicador ROA.
Gestionar costos fijos

7.9 MATRIZ OBJETIVOS/ESTRATEGIAS GENERICAS

Tabla 25. Matriz O/E Genéricas

MATRIZ DE O-E GENÉRICAS

<<Inicio <Anterior

	Objetivos / Estrategias	Fortalecer la estructura empresarial y canales de comunicación interna	MEJORAR LA OFERTA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS	ADAPTAR LA EMPRESA A LAS EXIGENCIAS DEL MEERCADO	EVALUAR TRIMESTRALMENTE EL CLIMA ORGANIZACIONAL Y LA SATISFACCION DEL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	MODENIZACION DE LA GESTION ADMINISTRATIVA, ASISTENCIAL Y TECNOLOGICA
do1	DESARROLLO DEL PRODUCTO		X	X		X
d02	SARROLLO ESTRATEGICO EFECTI\	X	X	X	X	X
do3	PENETRACION EN EL MERCADO		X	X	X	
do4	DESPOSEIMIENTOS		X	X		
do7	DESARROLLO DEL MERCADO		X	X		
do5	ASOCIACION					
fo1	GESTION CLINICA		X	X	X	X

Fuente: Software matricial- síntesis del análisis sectorial y matricial.

8 LINEAMIENTOS DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO PARA LA CLÍNICA INVERSIONES MÉDICAS DE LOS ANDES

Horizonte institucional

La clínica inversiones de los andes; deberá apuntar su direccionamiento estratégico en primera medida a fortalecer sus procesos tanto administrativos como asistenciales; esto es; el establecimiento claro de sus planes operativos con objetivos, estrategias metas y mecanismos de evaluación definidos y que permitan vislumbrar el progreso o no de la IPS. Actualmente, esta plataforma es débil y la dirección y el equipo administrativo, deben enfocar su atención en este aspecto, así como en la definición y adherencia de la estructura organizacional por parte del grupo de inversionistas y los usuarios internos.

El talento humano debe gestionarse como parte vital de las políticas institucionales y dentro de un programa de bienestar, de tal modo que el incentivo no solo sea el reconocimiento de sus asignaciones salariales, sino que además se promueva la cobertura de necesidades al usuario interno; se establezcan incentivos claros como la capacitación y el mejoramiento de las competencias a nivel individual y grupal. Lo anterior dará como resultado una mejora ostentable en el clima organizacional, en la curva de aprendizaje y por consiguiente una mejora en los procesos.

Procesos asistenciales; se propone que los andes; adopte la gestión **clínica** como estrategia empresarial; que permita optimizar los recursos disponibles con el máximo de resultados. Lo anterior requiere crear centros o unidades de excelencia[24], a partir del aprovechamiento de los equipos multidisciplinarios que ya existen en la IPS, la autogestión y la implementación de procesos basados en la evidencia científica. Aunado a la gestión del talento humano; la estrategia también propone crear incentivos por desempeño y resultado obtenido como parte de la gestión.

[24] Un centro de excelencia es, entonces, un programa de salud, cuya oferta de valor se sustenta en resultados clínicos y niveles de seguridad del paciente comparables con los mejores referentes, volúmenes y frecuencias de atención mínimos, predeterminados, y costos altamente competitivos en el mercado, de una enfermedad o condición de salud específica

A nivel operativo; inversiones medicas de los andes debe llevar a cabo una estrategia de mejoramiento y fortalecimiento de sus procesos y sus productos, para el caso que nos compete; son los mismos servicios en salud. El mejoramiento de da cuando la empresa tiene la capacidad de autoevaluarse regularmente para detectar falencias medir resultados y gestionarse de manera autónoma, el fortalecimiento viene, cuando las empresas cuentan con personal altamente motivado y capacitado para el desarrollo efectivo de sus procesos.

En cuanto a mercadeo; inversiones medicas de los andes debe orientar sus esfuerzos a penetrar y desarrollar nuevos mercados y a desarrollar sus servicios, esto quiere decir que la empresa debe realizar inversión para lograr una mayor cobertura en el sector estratégico, de acuerdo a su potencial y a las necesidades del sector que ya fueron identificadas en el panorama competitivo y que no se encuentran cubiertas actualmente. A manera complementaria, al penetrar en nuevos mercados, inversiones medicas de los andes, debe ejercer toda su capacidad de innovación en crear nuevos clientes y por consiguiente impactar en la generación de nuevos ingresos.

A nivel financiero y económico; la institución, deberá gestionar el recaudo efectivo frente a lo facturado, mensualmente. Esto facilitara la liquidez de la entidad; no solo para cumplir con las obligaciones financieras y mercantiles, sino que además tendrá posibilidades de inversión en capacidad instalada y adquisición de equipos biomédicos, vitales para el desarrollo de su misión, se propone entonces la gestión de costos como objetivo económico, y aunado a la estrategia de desarrollo estratégico, planteada en la matriz O/E. esto quiere decir que inversiones medicas de los andes, deberá trabajar en obtener un desempeño superior en cuanto a rendimientos económicos se refiere, para tal fin, dentro de la nueva plataforma estratégica, se sugiere establecer algunos indicadores como el ROA y ROE, que permitan medir la rentabilidad y el desempeño de manera regular y comparativamente con el desempeño en otras vigencias y con otras entidades.

9. CONCLUSIONES

Inversiones medicas de los andes, deberá fortalecer su estructura organizacional; mediante el mejoramiento continuo; y evaluación de sus procesos, tanto a nivel administrativo como asistencial. Esto es; en primera medida; establecer una plataforma estratégica fuerte; que incluya; tanto objetivos económicos; como los no económicos; así como todas y cada una de las estrategias planteadas en la matriz O/E. en segunda instancia; desarrollar y evaluar el plan operativo de la misma; donde se establezcan metas; actividades e indicadores puntuales para el cumplimiento de cada uno de los objetivo institucionales.

Con respecto al mejoramiento de la oferta y calidad de los servicios médico-asistenciales; Los andes ha de innovar en el proceso productivo como tal. Esto quiere decir; que la gestión debe enmarcarse en la optimización de los recursos tanto humanos como físicos. Para este fin se propone que inversiones medicas de los andes; enfoque su modelo de prestación de servicios en la estrategia de **Gestión clínica**; y desarrollo de centros de excelencia; los cuales no solo se caracterizan por la seguridad del paciente y el uso efectivo de la tecnología; sino que además; proponen una operativización de medicina basada en la evidencia; frente a mejores resultados tanto para el usuario como la institución.

Actualmente, los andes, tiene la fortaleza de ser una de las IPS especializadas en Tunja; esto le da el potencial de atender algunas necesidades en salud, como la atención por especialidades básicas; como ginecología, pediatría y ortopedia. Para que la institución abarcar un mayor segmento del mercado y adaptarse a las exigencias y necesidades del sector; deberá optar por estrategias genéricas; como: desarrollo de producto, desarrollo de mercado y penetración de mercado; esto quiere decir que los servicios deben modificarse y mejorarse con el fin de conservar la participación en el mercado ; y posteriormente incursionar en otros no segmentos no explorados del sector; como los servicios No POS; y prestación de servicios a compradores no convencionales del sistema nacional de salud.

Con respecto al objetivo de evaluacion y monitoreo; planteado dentro de los objetivos no economicos; se sugiere que la clinica determite dentro de su plataforma estrategica; los instrumentos de medicion y evaaluacion de todos sus procesos; esto es; la definicion clara de indicadores tanto de proceso, como de resultado, con periocidades trimestrales, que no solo daran al equipo administrativo; una guia sobre el desempeño de la institucion, sino que ademas; se convertiran en administrativas para la toma de desiciones correspondientes.

Los indicadores; deberan ir aunados a acada uno de los objetivos tanto economicos como no economicos y estar claramente definidos por los responsables de cada proceso. Tan solo de esta forma; el macro - proceso de planeacion, y posterior evaluacion sera concensuado y conocido por el usuario interno de la institucion; lo cual impactara en el desempeño de toda la organización.

En lo concerniente a las estrategias genericas de desposeimiento y asociacion, planteadas en la matriz O/E; en la primera; inversiones de los andes, debera realizar un analisis sobre cada una de las unidades de negocio y el impacto que tienen en la rentabilidad neta y operativa de la institucion. Lo anterior obedece; a que existen en la clinica; UEN; que economicamente no son viables, pero si necesarias para apoyar e impulsar la prestacion de otros servicios, medico asistenciales de mayor complejidad.

Por ultimo; con respecto a la estrategia de asociacion; al ser Tunja; una ciudad Departamental con desarrollo economico progresivo, dada la incursion de nuevas poblaciones y economias; los andes, debe maximar su potencial como prestador especializado, buscando posibles alianzas con entidades que fortalezcan su portafolio de servicios y su participacion en el mercado.

10. RECOMENDACIONES

Para una organización, la planeación estratégica; debe ser un acto de profunda reflexión que vislumbre la acción a seguir y todo aquello que represente un cambio de carácter estratégico en su operación. Esto sucede, cuando la gerencia y toda la entidad se torne flexible y desarrolle estrategias que le permitan ser sostenible y perdurable tanto financiera como socialmente.

La esencia de la dirección estratégica se centra en el desarrollo de actividades ampliamente estudiadas; se centra también, en crear cadenas de valor agregado único y en la decisión de realizarlas de manera diferente que los rivales; creando de este modo, ventajas competitivas que diferencien la institución de otras entidades que realicen o vendan los mismos servicios/productos.

Si la anterior premisa no se cumple, la estrategia no es más que un eslogan comercial que no soportará la competencia y probablemente se entre en el juego del mercadeo basado en precios como única estrategia de supervivencia; con las graves consecuencias negativas que ya conocemos en salud, como lo son, el deterioro impérenme en la calidad de los servicios y la rentabilidad empresarial

BIBLIOGRAFIA

Agudelo, C., Bosoni Spinetto, M., Corredor Arjona, A., Londoño de la Cuesta, J. L., Rodríguez Gómez, J. O., Dirección de Sistemas de Información & Ministerio de Salud. (1994). *La Salud en Colombia. Diez años de Información*. Bogotá: Ministerio de Salud.

Carmona Fonseca, J. (2005) Cambios demográficos y epidemiológicos en Colombia durante el siglo XX. *Biomédica*, 25(4), 464-480.

Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100/1993. Sistema general de seguridad social en salud.* Bogotá: El Congreso.

David, F. (1998). *Conceptos de administración estratégica*. México: Prentice Hall.

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (1992). *La Encuesta Nacional de Hogares de 1992.* Bogotá: DANE.

Esguerra Gutiérrez, R. (1996). Aún no es hora de reformar la ley 100. *Colombia Médica,* 27, 77-85.

Gibbons, M., Limoges, C., Nowonty, H., Schwartzman, S., Scott, P. & Trow, M. (1997). *La nueva producción del conocimiento: modo 2*. Barcelona: Pomares.

Ministerio de la Protección Social. (s.f.). *Registro especial de prestadores de servicios de salud REPS.* Bogotá: El Ministerio.

Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. *Por medio del cual se establece el sistema obligatorio de garantía de la calidad para la prestación servicios en salud*. Bogotá: El Ministerio.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021*. Bogotá: Min Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014, enero-febrero). Cifras financieras del sector salud. *Boletín Bimestral,* 2.

Porter, M, (1982). *Estrategia competitiva: técnicas para el análisis de la empresa y sus competidores*. México: Continental.

Restrepo, L. F. (2004). *Gestión estratégica y productividad*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

Restrepo, L. F. y Rivera, H. A. (2008). *Análisis estructural de los sectores estratégicos*. Bogotá: Universidad del Rosario.

Thompson, A. A. y Strickland, A. J. (1992). *Dirección y administración estratégica.* Irwin: McGraw-Hill

Veranda, F., Corral, L., Talero, R., Valencia, A., & Serna, E. (1990). Financiamiento. En Yepes, F. *La salud en Colombia. Estudio Sectorial de Salud* (Vol. 2, pp. 81-259). Bogotá, Colombia.

ANEXOS

ANEXO A. ENCUESTA PARA EL LEVANTAMIENTO DEL PANORAMA ESTRATÉGICO

UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD

Nombre: JUAN MANUEL GARRIDO. M.D.

Empresa: Inversiones medicas de los Andes S.A.S

1. ¿qué tipo de servicios/productos ofrece su empresa?

Servicios habilitados

Servicios de internación

General Adultos III Nivel

Hospitalización En Cuidado Intermedio Adultos

Hospitalización En Cuidado Intensivo Adultos

Hospitalización En Cuidado Intensivo Neonatal

Servicios quirúrgicos

Cirugía general, Cirugía ginecológica, Cirugía neurológica, Cirugía ortopédica

Cirugía oftalmológica, Cirugía otorrinolaringología, Cirugía plástica y estética

Cirugía vascular, Cirugía urológica.

Servicios ambulatorios

Medicina General, Nutrición Y Dietética, Patología

Psiquiatría

Servicio de urgencias

Servicio de urgencias mediana complejidad, sala de reanimación

Servicio de ayudas diagnosticas

Toma de muestras de laboratorio clínico laboratorio clínico mediana complejidad

Radiología e imágenes diagnósticas, Ultrasonido Densitometría Mamografía

Escanografia Toma de muestras citologías cervico-uterinas Laboratorio de patología Laboratorio de histotecnología Electrocardiografia

Servicios complementarios

Servicio farmacéutico

Servicio de esterilización

Servicio transfusión

2. ¿cuáles características diferencian su empresa de las demás (hospital san Rafael, clínica medilaser, clínica saludcoop?

El elemento diferenciador es la **atención Humanizada** centrada en el Paciente y su familia, privilegiando lo asistencial sobre lo administrativo y brindamos un espacio donde la **seguridad del paciente** es lo fundamental para nuestro Paciente, su familia, clientes (EPS) y accionistas.

3. ¿Quiénes son los usuarios de sus servicios?

A pesar que la Clínica vende servicios de salud a clientes de todos los regímenes, focaliza su atención a pacientes del régimen Subsidiado afiliados a EPSS caracterizadas en el mercado por ser "Excelentes "pagadores, generando así un ambiente de credibilidad y confianza entre el Usuario, Clientes (EPSS), Personal Asistencial – administrativo y sus accionistas al garantizarse un flujo de caja y liquidez que hace auto sostenible a la Institución en el tiempo.

4. ¿quiénes son sus compradores?

Comparta eps, Comfaboy eps, Capresoca eps, Compensar eps, Unisalud, Sanidad militar ejército, Positiva ARL, Sura ARL

5. ¿qué necesidades satisfacen sus servicios a sus usuarios?

Resultados en salud – satisfacción del usuario

6. ¿qué necesidades satisfacen sus servicios a sus compradores?

Credibilidad – confianza-seguridad del paciente- costo medio evento mercado

7. ¿qué canales de distribución (mecanismos a través de los cuales el usuario obtiene el servicio) utiliza?

Referido - central de referencia eps – Crue departamental – ips segundo nivel área centro.