

**ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA EMPRESA CLINICA META
TENIENDO EN CUENTA EL CONTEXTO COLOMBIANO Y
PROPUESTA PARA EL MEJORAMIENTO DE ESTA**

JULIÁN ANDRÉS CORREDOR HERNÁNDEZ

**ASESOR:
ALEJANDRO SANZ DE SANTAMARIA**

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

TABLA DE CONTENIDO

	Página
Introducción	1
1. Evolución del Sector Salud en Colombia	3
1.1 Cambios Presentados en el Sector Salud a Partir de 1993	5
1.2 Problemas Que Dieron Pie Al Cambio de 1993	9
1.3 Mejoras En El País A Raíz De LA Ley 100	12
1.4 Fallas Que Todavía Se Presentan En El Sistema	14
2. Estudio Detallado De La Ley 100	20
2.1 Sistema General de Seguridad Social en Salud	20
2.1.1 Características Del Sistema Nacional en Salud	21
2.2 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)	24
2.3 Las entidades Promotoras de Salud (EPS)	27
2.4 Forma de Contratación Entre IPS y EPS	29
2.5 Tipo de Afiliados Al Sistema	30
3. Estudio Profundo De La Empresa Inversiones Clínica Del Meta	33
3.1 Historia	33
3.2 Misión y Visión	35
3.3 Situación Actual	36
3.4 Análisis De La Competencia	41
3.4.1 Saludcoop	42
3.4.2 Instituto de Seguros Sociales (Clínica Carlos Hugo Estrada)	48
3.5 Portafolio de Servicios	50
3.6 Análisis Clínica Meta	60
3.6.1 Análisis Financiero	63
3.6.1.1 Razones de Liquidez	63
3.6.1.2 Razones Operacionales	65
3.6.1.3 Razones de Endeudamiento	66
3.6.1.4 Razones de Rentabilidad	67
3.6.1.5 Razones de Crecimiento	69
3.6.2 Análisis de la Satisfacción Del Cliente Con La Clínica	73
3.6.3 Análisis Gerencial y de Gestión	87
3.6.3.1 Factores Que Determinan Una Gestión Eficiente	89
3.6.3.2 Resultados Análisis De Gestión Clínica Meta	97
3.6.4 Análisis Estratégico	105
3.6.4.1 Análisis DOFA Clínica Meta	105
3.6.4.2 Modelo De Las 5 Fuerzas de Porter	107

4. Sugerencias Para Afrontar La Situación de La Clínica	109
4.1. Indupalma	109
4.1.1 La Crisis de Indupalma	112
4.1.2 El Modelo Indupalma	113
4.1.3 Resultados Modelo Indupalma	125
4.2 Aplicación del Modelo Indupalma En La Clínica Meta	128
4.2.1 Análisis Costo Por Actividad y Costo Beneficio	128
4.2.2 Modelo Indupalma En El Contexto De La Clínica	132
4.3 Sugerencias Complementarias Al Modelo De La Clínica	134
Conclusiones	138
Bibliografía	142
Anexos	144
Anexo 1	144
Anexo 2	152

INTRODUCCIÓN

Mi proyecto de grado lo pienso desarrollar basado en la Empresa Inversiones Clínica del Meta S.A. La Clínica se ha caracterizado por ser una empresa líder en la prestación de servicios de salud en Villavicencio. Sin embargo, en los últimos años, el desempeño de la entidad ha desmejorado, situación que tiene muy inquietos a todos los que se encuentran vinculados a esta.

Los directivos manifiestan su creencia de que el problema comenzó con la introducción de la Ley 100 de 1993. Según lo manifestado por ellos, las Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS) quedaron en una posición de desventaja frente a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), ya que estas últimas son las que reciben el dinero de los contribuyentes, mientras que las primeras son las que prestan los servicios a los usuarios. El gerente de la entidad plantea que de no cambiarse las condiciones con las que funciona la Ley 100, la gran mayoría de IPS van a acabar quebradas.

El objetivo principal de esta tesis es analizar si lo planteado por los directivos es la única causa de los problemas de la Clínica, o si hay otros problemas de fondo que contribuyan a la situación actual de la entidad. Mi propósito es hacer un análisis de la Clínica, que permita descubrir las verdaderas causas de la situación de la entidad, para así poder plantear soluciones con las que se pueda enfrentar los problemas encontrados. Cabe anotar que pienso analizar que tan factible es el aplicar el modelo establecido por

la empresa Indupalma dentro de la Clínica para lograr en el futuro un desarrollo institucional que corrija y supere los problemas actuales. Decidí incluir este modelo dentro de mi estudio debido a lo innovador de sus planteamientos.

Para la realización de mi trabajo he realizado varias investigaciones. Primero, hice un estudio de la evolución del sector salud en el país, teniendo como prioridad el conocer cuales fueron los beneficios y desventajas surgidas en el país por medio de la implantación de la Ley 100. Mediante este estudio me di cuenta a nivel macro que tan positivo ha sido para el país la introducción de esta reforma. Después investigué cuales son los planteamientos de la Ley en lo que se relaciona a las IPS y EPS y la relación entre estas. Esto lo hice para entender mejor los derechos y responsabilidades de estas entidades y la forma en que estas se afectan mutuamente.

Teniendo claro el aspecto macro del sector salud realicé un análisis de la Clínica. Dentro de este examiné la evolución que la entidad ha tenido con el paso del tiempo. Para establecer su situación actual desarrollé un análisis en las áreas de finanzas, mercadeo, gerencia, gestión y estrategia. Observando los resultados, vi que tan factible era aplicar el modelo Indupalma y de que forma. Por último, teniendo en cuenta todos los resultados obtenidos propongo una forma de enfrentar los problemas de la entidad.

Al terminar este trabajo, quedé en mejor capacidad para establecer si los problemas de la Clínica se deben únicamente a la Ley 100, o si hay otros problemas de fondo que contribuyan a la difícil situación por la que atraviesa la entidad.

CAPITULO I

EVOLUCIÓN DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

El sector salud en Colombia ha presentado una gran evolución desde finales del siglo XIX hasta el día de hoy. La percepción de la salud como un derecho fundamental ha cambiado los parámetros con los que se presta este servicio. Así mismo, el papel del Estado en el sector ha evolucionado con el desarrollo del Estado mismo y con las nuevas percepciones de los derechos.

La salud ha presentado grandes cambios con el pasar de los años. Antes, se creía que la atención para los habitantes más pobres y vulnerables era un servicio de caridad. Hoy en día, la salud es un derecho establecido en la Constitución, por esto, se busca atender las necesidades básicas de salud de toda la población colombiana.

Anteriormente se creía que el servicio se prestaba solamente a los pacientes que se encontraban enfermos. Hoy, los usuarios de salud no son sólo los enfermos, sino también las personas que quieren conservarse sanas, prevenir alguna enfermedad o estar más saludables.

Finalmente, la dirección de los hospitales públicos pasa de un sistema centralizado a uno descentralizado, lo cual tuvo como consecuencia que estas entidades se volvieran autónomas con respecto a su administración.

La consolidación del sector de salud pública ocurrió durante la década del 60; el Gobierno asumió formalmente la responsabilidad de financiar y promover los servicios de salud aunque algunos hospitales siguieron siendo privados. El establecimiento del Sistema Nacional de Salud en 1973 sirvió para consolidar la función del Gobierno Nacional en servicios para la población pobre; además, ayudó a organizar las políticas y el presupuesto del sector, al igual que reunió a las instituciones que trabajaban por la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Colombia había creado un sistema tripartito entre (el sector público, el sector privado y la seguridad social) y cada una de las partes tenía sus propias redes de prestación y financiación de servicios.

Con este sistema los servicios adquirieron una concepción explícita y una estructura técnica definida. Su organización centralizada estaba conformada por el Ministerio de Salud, los servicios seccionales de salud de cada departamento y las unidades regionales. El Ministerio tenía por funciones la administración y funcionamiento de los hospitales regionales y la orientación de los hospitales privados que dependían de los fondos públicos

Sin embargo, tal sistema no operaba bajo criterios de equidad; permitía la segmentación de usuarios según el tipo de empleo (sistema de seguridad social) y su capacidad de pago (sistema privado). Dicho sistema tampoco era muy eficiente por la duplicación de gastos. Por estas razones fue necesario implementar una reforma en el manejo del sector. Esta reforma coincidió con la promulgación de la Nueva Constitución en 1991.

La Constitución de 1991 consagra la atención de salud como un servicio público de carácter esencial, a cargo del Estado, al cual tienen derecho todos los ciudadanos, independientemente de sus condiciones laborales o de ingreso, y en cuya prestación participan entidades públicas y privadas.

1.1 CAMBIOS PRESENTADOS EN EL SECTOR SALUD A PARTIR DE 1993

A continuación se exponen las principales diferencias entre el esquema que de salud que se venía utilizando y el que rige en la actualidad:

	Situación Anterior	Ley 100 de 1993
Sistema	<p>Sistema Nacional en Salud SNS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subsistema de Seguridad Social (Entidades Adscritas al ISS y las Cajas de Previsión). - Subsistema Privado (Medicina Prepagada, gasto contra prestaciones de servicio y gasto de bolsillo). - Subsistema Oficial (Entidades Públicas). 	<p>Sistema de Seguridad Social en Salud</p> <p>- Organismos de Dirección, vigilancia y control:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministerios de Salud y Trabajo. - Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. - Superintendencia Nacional en Salud. <p>- Organismos de Administración y Financiación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las entidades promotoras de salud. (EPS).

		<ul style="list-style-type: none"> - Las direcciones seccionales, distritales y locales de salud - El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) - Organismos de Prestación de Servicios - Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)
Población Beneficiaria	<ul style="list-style-type: none"> - Población empleada sector privado, fundamentalmente el cotizante, la mujer embarazada y el menor de un año. Aquí también se incluyen los empleados oficiales. (Subsistema de Seguridad Social). - Población con capacidad de pago (Subsistema Privado). - Población no asegurada (Subsistema Oficial). 	<ul style="list-style-type: none"> - Población empleada sector público y privado e independientes con capacidad de pago, incluyendo cotizante y su familia (régimen contributivo). - Población sin capacidad suficiente de pago (Régimen subsidiado). - Población no afiliada (Vinculados).
Tipo de Administración	- Centralizado.	- Descentralizado.
Competencias del Ministerio de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Tomaba decisiones en los aspectos financieros, de políticas y de atención. - Administraba y desarrollaba los programas nacionales de salud pública. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigir el Sistema General de Seguridad Social en Salud. - Formular políticas y objetivos de desarrollo. - Vigilar el cumplimiento de las políticas (planes y programas).

	<ul style="list-style-type: none"> - Tenía a cargo la administración del subsistema oficial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar, supervisar y evaluar la utilización o destinación de recursos.
Competencias de los entes territoriales	<ul style="list-style-type: none"> - Los Departamentos eran los responsables de la administración y control de los servicios seccionales y los hospitales de II y III nivel de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los Departamentos deben subsidiar (o reemplazar) y concurrir (o complementar) las competencias de los municipios cuando estos presentan deficiencias. - Los municipios deben garantizar los servicios de salud de primer nivel, los departamentos deben garantizar los de segundo y tercer nivel de atención. - Los municipios, distritos y departamentos están encargados de la dirección, prestación, promoción y financiación de los servicios de salud.
Programas de atención	<ul style="list-style-type: none"> - Plan Ampliado de Inmunizaciones PAI. - Enfermedades Transmisibles (lepra, tuberculosis, etc). - Control de enfermedades transmitidas por vectores (malaria, dengue y otras). - Enfermedades crónicas (hipertensión, cáncer, etc). 	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de Atención Básica: Es un plan dirigido a toda la población, el cual tal y como su nombre lo indica ofrece atención básica en salud en el momento en que la persona lo necesite. - Plan Obligatorio de Salud Contributivo (POS) y Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S). - Atención en caso de accidentes de tránsito (SOAT). - Atención inicial de urgencias.

<p>Políticas para la distribución de recursos dentro de la población beneficiaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Subsidios de oferta basados en los presupuestos históricos de los hospitales públicos (principalmente tercer y cuarto nivel de atención), al igual que subsidios a entidades privadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Subsidios a la demanda. - Presupuestos con base en la población cubierta hasta la vigencia anterior y en la población potencial a cubrir, con criterios de eficiencia administrativa.
<p>Administración de los servicios de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitales administrados por los servicios seccionales de salud directamente. - Cajas de previsión. - Cajas de compensación familiar. - ISS. - Entidades de medicina prepagada. - Particulares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Direcciones locales y departamentales formulan políticas sectoriales y financian transitoriamente los hospitales de nivel I, II y III, respectivamente. - Los hospitales públicos se transforman en empresas sociales del Estado, ESE, las cuales tienen autonomía administrativa y patrimonio propio, además se establece que estas deben ser autosuficientes a partir de la venta de servicios - Las Empresas Promotoras de Salud, EPS, las aseguradoras del régimen subsidiado, y el Instituto de Seguros Sociales administran los recursos de aseguramiento, como representantes de los usuarios.
<p>Fuentes de Financiación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cotizaciones al régimen contributivo. - Rentas cedidas por concepto de loterías, cervezas, licores, juegos de azar, registro y anotación (impuesto por notariado). 	<ul style="list-style-type: none"> - Régimen contributivo: 12% de los salarios de la población empleada (2/3 pagados por los patrones y el resto por los empleados). - Régimen subsidiado: - Mínimo el 35% del

	<ul style="list-style-type: none"> - Transferencias por IVA (Hasta 50% a municipios con menos de cien mil habitantes). - Aportes de la Nación. - Recursos de bolsillo. -Aportes parafiscales a las cajas de compensación familiar (4% de la nómina). 	<p>Situado Fiscal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mínimo un 15% de las participaciones municipales en los ingresos corrientes de la Nación - Fondo de Solidaridad y Garantía (1% de los aportes al régimen contributivo, aportes de la Nación y rentas financieras). - Transferencias de Ecosalud. - Recursos por esfuerzo propio. - Rentas cedidas. -Recursos por regalías del petróleo.
--	--	---

1.2 PROBLEMAS QUE DIERON PIE AL CAMBIO DE 1993

Hacia finales de 1993, el sector de la salud presentaba serios problemas, tanto en eficiencia como en cobertura. El primero de ellos radicaba en las políticas de distribución de recursos, ya que se subsidiaba la oferta, es decir, se le enviaba recursos a los hospitales, pero no se controlaba la calidad de los servicios que estos prestaban. Los subsidios estaban destinados a cubrir los costos hospitalarios, de tal forma que no

existía ningún incentivo económico para generar un servicio de calidad, situación opuesta a los demás agentes que se encuentran sujetos a las fuerzas del mercado.

Este hecho creó una discordancia entre la oferta hospitalaria y las necesidades y demandas de la población, la cual se evidenciaba en el grado de ocupación de los distintos tipos de hospitales. Los individuos de bajos recursos, al tener la necesidad de acceder a los servicios de salud, no se dirigían a aquellos centros de niveles I y II¹, puesto que allí no obtenían la totalidad de los servicios que demandaban. En consecuencia, para los centros de nivel I y II, donde se esperaba cubrir el 80% de los problemas de salud, el porcentaje de ocupación era de tan sólo el 35.7%. Por el contrario, los hospitales de nivel III estaban ocupados en un 74.1% de su capacidad.

Esto resultaba de la destinación de casi todos los recursos a los servicios curativos y actividades poco costo-efectivas de los niveles de atención III y IV, lo que llevó a que las instituciones de menor especialización (niveles I y II), no dispusieran de recursos suficientes para atender a la población demandante. Esta situación ocasionó que en muchas ocasiones las personas de pocos recursos estuvieran obligadas a acudir a hospitales de nivel III, lo cual implicaba un gran costo para estos.

¹ Los hospitales se dividen en 4 niveles de atención, siendo los de nivel I en los que se realizan procedimientos sencillos donde los pacientes no requieren hospitalización, los de nivel II en los que los pacientes requieren hospitalización, los de nivel III en los que la IPS requiere de una unidad de cuidados intensivos y los de nivel IV en los que se realizan procedimientos muy especializados como tratamientos de enfermedades cardiovasculares, catastróficas y de alto riesgo.

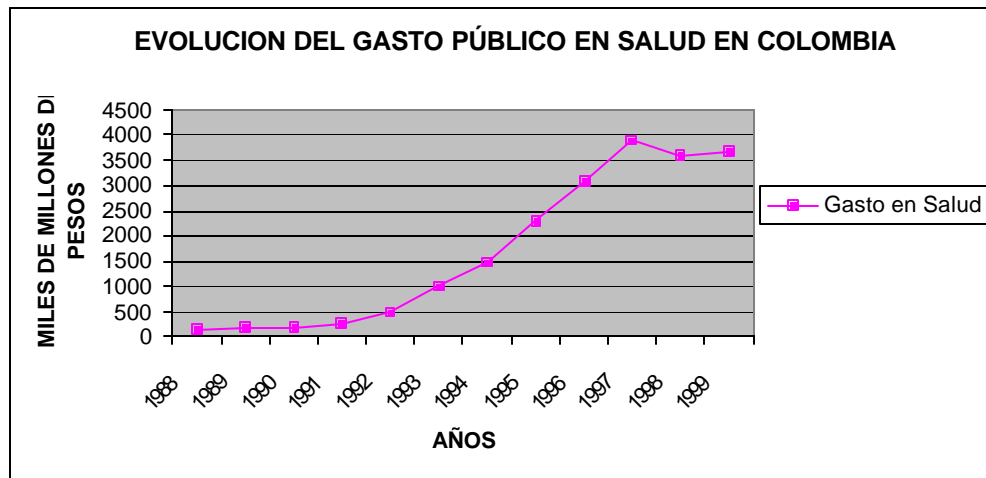
Este tipo de estructura del sector llevó a que los hospitales de mayor desarrollo fueran aquellos donde la población demandante no se encontraba en los quintiles más bajos (la población colombiana se divide en quintiles, donde los individuos más pobres se encuentran en el primer quintil, mientras los de mayor riqueza se ubican en el quintil 5) distribuidos por sus niveles de ingresos.

Además de los problemas mencionados, la ineficiencia del Sistema Nacional de Salud (en especial, en el área investigativa y en la inversión en infraestructura), la ausencia de una política hospitalaria clara, la falta de separación entre las funciones de dirección y prestación, y una limitada capacidad de gestión por parte de los miembros y administradores del sistema, llevaron a la necesidad de reformar el sector.

La solución propuesta por el Gobierno fue la generación de un sistema descentralizado, con el cual se buscara brindar un verdadero aseguramiento contra las contingencias propias de las enfermedades.

Es por esto que el Gobierno creó la Ley 100 de 1993, que regula no solamente todos los aspectos relacionados con salud sino también con el sistema de pensiones. La Ley 100 se explicará en detalle más adelante. Ahora, quiero mostrar cifras que muestran como ha evolucionado el sector salud en Colombia desde el momento en que se implantó la Ley 100 en el país. Las cifras que presentaré a continuación las clasificaré en mejoras producidas por la Ley y fallas de esta misma.

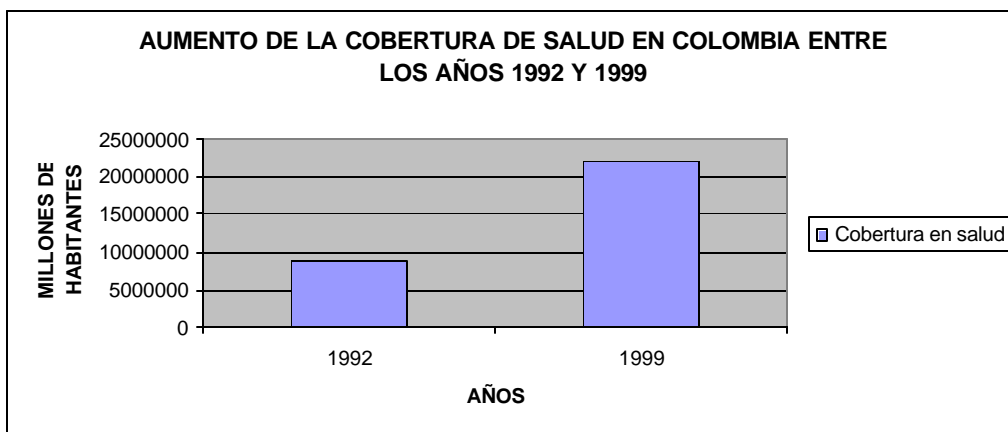
1.3 MEJORAS EN EL PAIS A RAIZ DE LA LEY 100



FUENTE: Departamento Nacional de Planeación (DNP).

Durante el período comprendido entre 1988 y 1999, el gasto público en salud registró un crecimiento promedio anual real del 38%, pasando de más de 163 mil millones en 1988, a 3.9 billones en 1999.² Como porcentaje del PIB, en 1991 exhibió su nivel más bajo, 1.1%, mientras que en 1997 obtuvo su nivel máximo con 3.7%.

² Estas cifras están representadas en pesos corrientes.



FUENTE: Departamento Nacional de Planeación (DNP).

Como podemos ver con la gráfica anterior, en el año de 1992, solamente 9 millones de habitantes (28% de la población) tenían cubrimiento de salud. Esta proporción aumentó considerablemente en el año de 1999 a 22.1 millones de personas (54.3% de la población). Este cambio se debió a la introducción de la Ley 100 de 1993.

Cabe recalcar que aunque el aumento en la cobertura es significativo, esta todavía no alcanza los niveles deseables. Las metas oficiales para 1998 buscaban el cubrimiento del 80% de la población más pobre (definida por el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI), situación la cual según el estudio “Incidencia en el gasto público en salud 1990-1999” no ha sido logrado.

De acuerdo al estudio “Incidencia en el gasto público en salud 1990-1999”, publicado por el Departamento Nacional de Planeación, el número de consultas se incrementó en 2.9 millones entre 1993 y 1997. De este número, la población más pobre agrupada en el

primer y segundo quintil de ingresos, participó en el 19% de ellas; y la población clasificada en los dos últimos quintiles de ingresos participó en un 54% con este incremento.

El estudio mencionado anteriormente muestra cifras con respecto al número de hospitalizaciones, las cuales aumentaron en 431.000 entre 1993 y 1997. La población más pobre contribuyó con este incremento en un 14% y la más rica en un 58.1%.

Otro factor positivo ocurrido con la introducción de la Ley 100 fue el aumento en el beneficio percibido por las personas con pocos recursos. Esta mejora se presentó gracias al uso de subsidios a la demanda. Durante el esquema anterior al introducido con la Ley 100, la población más pobre (quintiles 1 y 2) tan sólo recibían el 3.6% de los subsidios, mientras los individuos de los quintiles 3 y 4 eran beneficiados con el 60% de estos; la población más rica recibía un 22.3% de los subsidios. Para 1997, la situación cambió: la población en el quintil más bajo disfrutaba alrededor del 50% de los subsidios, mientras aquellos en el quintil más alto disfrutaban solamente del 8.4% de estos.

1.4 FALLAS QUE TODAVIA SE PRESENTAN EN EL SISTEMA

A pesar de que se ha mejorado en términos de cobertura, el sector salud todavía presenta varios problemas entre los que encontramos: (1) la distribución poco eficiente de recursos financieros y humanos (todavía se presentan subsidios a la oferta), (2) fallas del

Sisben, (3) evasión y elusión de las personas pertenecientes al régimen contributivo, (4) la transición de las Instituciones Públicas Prestadoras de Salud a Empresas Sociales del Estado, (5) la accesibilidad a los servicios por parte de los individuos, (6) la crisis de las IPS.

La distribución poco eficiente de recursos financieros se ve en cuanto todavía se realizan subsidios a la oferta. Esto se debe a que los hospitales públicos del país todavía se encuentran en proceso de conversión a Empresas Sociales del Estado, las cuales, según lo establecido por la Ley deben financiarse independientemente con los recursos que adquieran mediante la prestación de sus servicios. Por esta razón, se presentan casos como los de Bogotá y Medellín, ciudades que poseen una menor cantidad de población pobre como porcentaje de sus poblaciones totales, pero que cuentan con centros de atención más avanzados, razón por la cual reciben mayores recursos que lugares como Vaupés y Chocó, donde la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) supera el 80% y los centros de atención no superan el segundo nivel de atención.

Adicional a estos problemas de recursos financieros, existe un problema similar en la distribución de recursos humanos. La mayoría del personal del sector salud se encuentra en centros poblacionales con baja densidad de individuos pertenecientes al NBI. Por ejemplo, la mayor concentración de personal médico la podemos encontrar en poblaciones como Bogotá, Medellín y Cali.

Otro problema que enfrenta el sector salud es el relacionado con el Sisben, el cual es un mecanismo que se utiliza para clasificar y dar subsidio a la población colombiana más desfavorecida de acuerdo a un conjunto de características socio-económicas. A diferencia del NBI, el índice Sisben amplía este análisis a una gama de variables que incluyen: calidad de vivienda y su equipamiento, servicios de la vivienda, aspectos demográficos, ingreso, ocupación, capital humano y seguridad social.

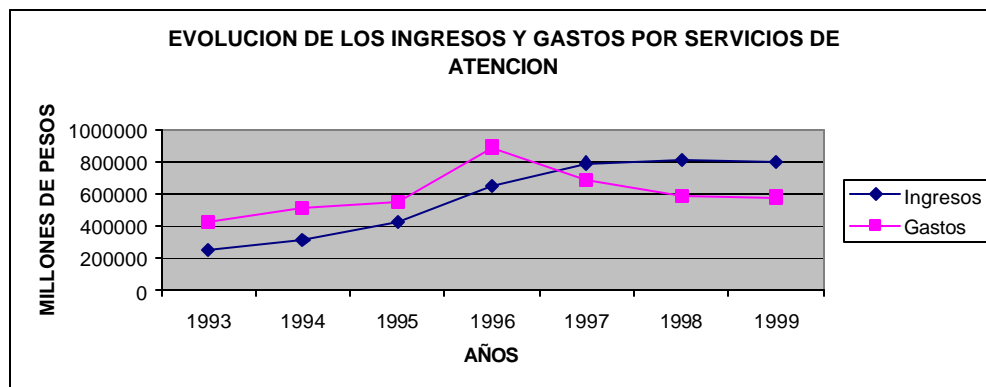
El Sisben presenta fallas debido a que hay muchas personas que acceden al subsidio que presta el sistema dando información falsa. Se encontró dentro de los clasificados según el Sisben, que solamente 75.8% de los carnetizados son efectivamente pobres, el porcentaje restante representa el número de colados que acceden impunemente a los servicios subsidiados de salud.³

Otro gran problema que enfrenta el sector salud es la evasión por cuenta de las personas afiliadas al régimen contributivo. Dentro de este problema también se encuentran las personas que realizan elusión. Elusión significa que los individuos contribuyen con menor cantidad de recursos al sistema de los que deberían contribuir por ley con su cotización.

³ KARL, Rene. INCIDENCIA DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD 1990-1999. UNIDAD DE ANALISIS MACROECONOMICO. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. 2000. Página 34.

De acuerdo a estudios hechos por la Dirección Nacional de Planeación, 6.6 millones de colombianos con ingresos superiores a dos salarios mínimos, no pertenecían al sistema de seguridad social en 1997. Esto implicó que 92 mil millones de pesos pertenecientes al punto porcentual que lo cotizantes debían entregar al FOSYGA, se perdieron. Estos recursos podrían haber respaldado la afiliación de 840 mil personas al régimen subsidiado.

Otro gran problema es la transición de las Instituciones Públicas Prestadoras de Salud a Empresas Sociales del Estado. Esta demora en la transición ha puesto barreras en el aumento de la cobertura. El requisito de las IPS para avanzar en este proceso es la autosuficiencia a partir de la promoción y uso del esquema de venta de servicios, que como meta, busca fomentar la menor dependencia de los recursos provenientes de los subsidios a la oferta.



FUENTE: Ministerio de Salud, DNP

Observando el gráfico, podemos ver como en los primeros años de la reforma al sector, los gastos por servicios de atención eran superiores a los ingresos, situación que fue cambiando después de 1997. Aunque en la actualidad existe un poco más de solvencia por parte de los hospitales, todavía se presenta el caso de instituciones con ingresos por venta de servicios insuficientes para cubrir sus respectivos gastos, situación que perjudica al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Otro problema relacionado con el sector salud, es la accesibilidad a los servicios por parte de los individuos. De acuerdo a un estudio realizado en 1999 por el Centro de Proyectos Para el Desarrollo, Cendex, la gente presenta unos altos niveles de ignorancia con respecto a sus derechos y deberes dentro del sistema, y esto se debe a que las entidades aseguradoras no se encargan de informarles a sus usuarios acerca de todos los aspectos relacionados con el servicio de salud.

Sin embargo, el mayor problema que enfrenta el sector es el relacionado con la crisis de las IPS. Según cifras establecidas por la Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (Fedesarrollo), la crisis que afrontan las IPS se debe a la demora en el pago de carteras, las cuales sumaban cerca de 400.000 millones de pesos para el año 2000. El ISS es el mayor deudor en las estimaciones de Fedesarrollo, con más del 50 por ciento, lo cual no augura un pronto pago, debido a la crisis en la que esta entidad se encuentra.

La 'contención de costos' (evitar que se disparen o tratar de reducirlos) aplicada por las EPS para mejorar su competitividad y la congelación de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) mientras crecen los costos del servicio, junto con otras prácticas, les costaron a las IPS 70.000 millones de pesos en 1999. Entre las otras prácticas está el atraso en los pagos, que les significaron a las IPS pérdidas por 45.000 millones de pesos. Además, según Fedesarrollo, la cultura del no pago del ISS y de otras entidades públicas parece haberse extendido a las EPS privadas, con las mencionadas consecuencias negativas para la estructura financiera de las IPS.

En conclusión, podemos ver que aunque la reforma aplicada dentro del sector salud ha sido positiva en cuanto se ha aumentado la cobertura para muchos colombianos sin recursos, también se debe reconocer que todavía se presentan muchas fallas en cuanto a la administración de recursos, al control de la prestación de servicios se refiere y a la vigilancia de las relaciones entre Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS) y Entidades Promotoras de Salud (EPS).

CAPITULO II

ESTUDIO DETALLADO DE LA LEY 100

La Ley 100 fue introducida en el año de 1993 como una reforma al sistema de salud y de pensiones que se utilizaba en el país. Dentro de esta Ley se establecen los parámetros con los cuales se regulan estos 2 importantes aspectos relacionados con la seguridad social de los colombianos.

La Ley 100 crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, organismo encargado de definir la forma en que se controla todo lo relacionado con el sector salud en el país.

2.1 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El Sistema de Seguridad Social en Salud esta bajo la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del Gobierno Nacional. Este organismo tiene como objetivo principal regular el servicio público esencial en salud y crear condiciones de acceso y servicio para toda la población y en todos los niveles de atención.

El Sistema está conformado por:

Organismos De Dirección, Vigilancia y Control

- Ministerios de Salud y Trabajo

- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud:
- Superintendencia Nacional en Salud.

Organismos De Administración y Financiación

- Las entidades promotoras de salud. (EPS)
- Las direcciones seccionales, distritales y locales de salud
- El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)

Organismos De Prestación De Servicios

- Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

2.1.1 CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL EN SALUD

Las características del Sistema Nacional de Salud son:

- El Gobierno es el encargado de dirigir, orientar y regular el servicio público de prestación de salud al que todos los colombianos tienen derecho constitucional.
- Todos los habitantes de Colombia deben estar afiliados al Sistema General de Salud, a través de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiara con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales.

- Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud reciben un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico quirúrgica y medicamentos especiales, el cual será denominado Plan Obligatorio de Salud (POS).

- El recaudo de las cotizaciones es responsabilidad del Sistema General de Seguridad Social y del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

- Las Entidades Promotoras de Salud tienen a su cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de servicios por medio de las IPS. Estas últimas, están obligadas a suministrar el Plan Obligatorio de Salud a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente.

- Por cada persona afiliada y beneficiaria, y dependiendo de la Entidad Promotora de Salud a la que cada usuario se encuentre afiliado, esta, recibe una Unidad de Pago por Capitación, UPC⁴, la cual es establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad en Salud.

- Los afiliados pueden elegir libremente la Entidad Promotora de Salud a la cual desean afiliarse. Así mismo escogen las Instituciones Prestadoras de Servicios dentro de las opciones ofrecidas por las EPS.

⁴ En el momento, la Unidad de Pago por Capitación está establecida en 26.946 pesos mensuales.

- Las Instituciones Prestadoras de Servicios son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad de Salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas.

- Con el objetivo de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas, existe un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que se financia con los aportes fiscales de la Nación, de los Departamentos, los Distritos y los Municipios, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad.

- Las Entidades Promotoras de Salud pueden prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias Instituciones Prestadoras de Salud o contratar con Instituciones Prestadoras Independientes.

- Se crea un Fondo de Solidaridad y Garantía el cual garantiza la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Debido a que mi investigación se centra en la Clínica Meta, una Institución Prestadora de Servicio (IPS), voy a establecer las características principales de estas entidades de acuerdo a la ley. Dentro de mi trabajo igualmente exploro la relación de la Clínica con las Entidades Promotoras de Salud (EPS), por lo cual también pienso establecer las

propiedades de este tipo de organizaciones. Por último, voy a establecer la relación existente entre estos 2 tipos de entidades y la forma de contratación entre estas.

2.2 LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS)

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud son las entidades encargadas de prestar servicios de salud a los afiliados al Sistema en su nivel de atención correspondiente.

Las IPS deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Se prohíbe cualquier acuerdo o convenio entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, que tengan por objeto restringir la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud o impedir la prestación de este tipo de servicios.

Los IPS pueden prestar servicios de salud bajo dos modalidades: hospitalaria y ambulatoria. Estos servicios se clasifican en grados de complejidad de acuerdo con la tecnología y el personal responsable de cada actividad, intervención o procedimiento de salud. Los grados de complejidad son bajo, mediano y alto, en este último se incluyen los niveles tres y cuatro previstos en la resolución 5261 de agosto 5 de 1994.

Las IPS deben considerar en el diseño de los servicios que ofrecen las necesidades específicas de la población que atienden, en particular aquellas que faciliten el acceso de personas con discapacidad.

El personal responsable de la prestación directa de servicios de salud debe contar con el título profesional, universitario, de especialista, tecnólogo, técnico o auxiliar en el área de la salud, que los acredite como tales. Las IPS deben tener un archivo en el cual reposen la historia laboral y los contratos laborales con las certificaciones antes mencionadas. Además, las IPS deben contar con el recurso humano necesario en cantidad e idoneidad acorde con los servicios que van a ofrecer, de tal manera que puedan prestarlos oportuna y eficazmente.

Se establece que cuando una IPS contrata con terceros, parte de los servicios que ha de prestar, debe dejar constancia en el correspondiente contrato las causas por las cuales se contratan estos, así como las responsabilidades de cada una de las partes en la prestación de los servicios contratados, sin perjuicio de la responsabilidad solidaria que les cabe.

Las IPS en el cumplimiento de los requisitos establecidos para su creación y funcionamiento serán vigiladas y controladas por las Direcciones de Salud Departamentales, Distritales y Municipales sin perjuicio de la vigilancia que ejerza la Superintendencia Nacional de Salud.

Se establece que toda IPS contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos.

Las IPS no podrán discriminar en su atención a los usuarios. Cuando los usuarios consideren que no se ha prestado un adecuado servicio, estos pueden quejarse frente a un Comité Técnico Científico el cual evaluará la situación y determinará si las acciones llevadas a cabo por las Institución Hospitalaria fueron las adecuadas.

Se establece que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas pueden implementar programas de incentivos a la eficiencia laboral para los médicos y demás profesionales asalariados de acuerdo con el rendimiento de los individuos o de la institución como un todo.

Las Instituciones Prestadoras de Salud deben garantizar un adecuado sistema de información de sus servicios y atención a los usuarios, mediante la implementación de una línea telefónica abierta con atención permanente 24 horas. Además, el Ministerio de Salud definirá normas de calidad con las cuales podrá evaluar la calidad del servicio de la IPS y la satisfacción de los usuarios. Un ejemplo de los aspectos a evaluarse puede ser el tiempo promedio de espera por servicio al cual debe someterse el usuario.

2.3 LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS)

Las Entidades Promotoras de Salud son las responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Su función básica es la de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados, y girar la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía.

Las EPS también tienen como función el definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias a las Instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia. Además, estas entidades remiten al FOSYGA la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones, y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios. Igualmente, establecen procedimientos para controlar la atención y la calidad en los servicios prestados en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Para garantizar el Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, las EPS prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con Instituciones Prestadoras de Servicios independientes. Para racionalizar la demanda por servicios, las EPS podrán adoptar distintas modalidades de contratación y pago, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos.

Cada EPS deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de Instituciones Prestadoras de Salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida. Se establece también que cuando una IPS sea de propiedad de una EPS, la primera tendrá autonomía técnica, financiera y administrativa la cual garantice un servicio más eficiente.

También se determina que todas las cotizaciones que recauden las EPS pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Por la organización y garantía de la prestación de servicios en el Plan Obligatorio de Salud para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada EPS un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación o UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería.

Un aspecto muy importante dentro del manejo de las EPS es que estas tienen terminantemente prohibido el terminar la relación contractual con sus afiliados, o el negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen, siempre y cuando garantice el pago de la cotización o el subsidio correspondiente.

Por último, se exige que las EPS tengan sistemas de costos, facturación y publicidad. Los sistemas de costo deben tener como fundamento un presupuesto independiente, que garantice una separación entre ingresos y egresos para cada uno de los servicios

prestados. Los sistemas de facturación deben permitirle ver claramente al cliente los servicios que le fueron prestados y el costo que estos tuvieron.

2.4 FORMA DE CONTRATACION ENTRE IPS Y EPS

Las IPS y las EPS pueden convenir la forma de contratación y pago que más se ajuste a sus necesidades e intereses. Las formas de contratación más comunes son: capitación y paquetes. La contratación por capitación consiste en que las EPS se comprometen a pasarle a las IPS un porcentaje de la UPC dependiendo del total de usuarios a los que la IPS les presta servicio. La contratación por paquetes consiste en acuerdos que se establecen entre las IPS y las EPS en la que las primeras se comprometen a prestar cierto servicio a determinada cantidad de dinero.

Cuando en los contratos no se establezcan los términos para el pago, se observará el siguiente procedimiento:

- La EPS comunicará a la IPS el período del mes en el cual recibirán las facturas o cuentas de cobro. Este período será de 10 días calendario.

- La EPS tendrá un plazo de 20 días calendario, contados a partir del vencimiento del período anterior, para revisar integralmente la cuenta y aceptarla u objetarla.

- En caso de no presentarse ningún tipo de objeción, la EPS deberá cancelar la cuenta dentro de los 10 días calendario siguientes al vencimiento del plazo estipulado en el numeral precedente.

En caso de que la EPS objete parcial o totalmente alguna cuenta de cobro presentada por la IPS, la EPS pagará el 60% del monto objetado dentro de los 10 días calendario siguientes al vencimiento del plazo, tal y como se estableció anteriormente, salvo que se especifique otra forma de pago. El saldo será cancelado una vez se aclare por parte del Prestador de Servicio las observaciones efectuadas por la Entidad Promotora.

Las IPS tienen la obligación de aclarar ante las EPS las observaciones que estas hagan dentro de los 20 días siguientes a la comunicación. Si las IPS no cumplen con la obligación de aclarar, se entiende que aceptan la reclamación y en consecuencia se efectuarán los ajustes correspondientes. Si hay lugar a restitución de la cantidad ya cancelada o parte de ella, dicha suma se podrá descontar de futuras facturaciones.

2.5 TIPO DE AFILIADOS AL SISTEMA DE SALUD

Existen dos tipos de afiliados al Sistema:

- **Los afiliados mediante el régimen contributivo:** Estas son las personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, vinculadas a través de contrato de trabajo, los

servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

La vinculación a este tipo de afiliación se hace mediante el pago de una cotización individual y familiar. La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud será del 12% del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. Dos terceras partes de la cotización estarán a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador. Un punto de la cotización será trasladado al Fondo de Solidaridad y Garantía para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado.

Para calcular la base de la cotización de los trabajadores independientes, el Gobierno reglamentará un sistema de presunciones de ingreso con base en información sobre el nivel de educación, la experiencia laboral, las actividades económicas y el patrimonio de los individuos. Así mismo, la periodicidad de la cotización para estos trabajadores podrá variar dependiendo de la estabilidad de la periodicidad de sus ingresos. La Ley también establece que cuando se devenguen más de 20 salarios mínimos legales vigentes, la base de cotización podrá ser limitada a dicho monto.

El régimen contributivo funciona de la siguiente forma: las Entidades Promotoras de Salud recaudan las cotizaciones obligatorias de los afiliados, actuando como delegados del Fondo de Solidaridad y Garantía. De este monto se descuentan el valor de las

Unidades de Pago por Capitación UPC fijadas para el Plan Obligatorio de Salud y se traslada la diferencia al FOSYGA.

- Los afiliados mediante el régimen subsidiado: Estas son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Se subsidia la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana. Estos se vinculan a través del pago de una cotización subsidiada total o parcialmente con recursos fiscales o de solidaridad. El carácter del subsidio, el cual podrá ser una proporción variable de la Unidad de Pago por Capitación, se establecerá según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de la vivienda.

El régimen subsidiado se financia mediante las transferencias de inversión social destinadas a salud, los recursos propios que los departamentos y municipios destinen a este rubro, los recursos del situado fiscal y de las rentas cedidas a los departamentos que se requieran para financiar el Plan de Salud de los afiliados al régimen subsidiado, y por último los recursos para subsidios del FOSYGA.

El régimen subsidiado funciona de la siguiente forma: la Dirección Seccional o Local de Salud contrata a Empresas Promotoras de Salud de carácter comunitario para la administración de recursos, como las Empresas de Solidaridad en Salud, o contrata a Entidades Promotoras de Salud. El proceso de contratación con estas últimas se establece mediante la realización de concursos.

CAPITULO III

ESTUDIO PROFUNDO DE LA EMPRESA INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

3.1 HISTORIA

La Clínica Meta fue creada a raíz de la destitución de un grupo de médicos del Hospital Regional de Villavicencio, durante el gobierno de Policarpo Castillo Dávila. La Clínica nació por iniciativa de un grupo de pacientes, que propusieron a dichos profesionales, la idea de crear un ente que prestara un servicio de salud acorde con sus necesidades, y que además tuviera muy claro que a pesar de ser un ente privado, tuviera en cuenta las capacidades económicas de los menos favorecidos, de allí, la filosofía de tarifas populares que se manejaron desde su creación.

Se reunieron para su formación los doctores Jaime Bohórquez, Armando Corredor, Luis Corredor, Antonio Segura, Joaquín Roncancio, Miguel Navarro, Blanca de Tavera, Héctor Parrado, Miguel Parrado, Arturo Giraldo, Yesid Campo, Jairo Delgado, Elías Uribe, Héctor Rós, Carlos Royero, Fabio Jaramillo, Alfredo Rozo, José A, Pinzón, Álvaro Mesa, Víctor Rojas y Gabriel Rojas (estos últimos 4 ya fallecidos), los cuales se convirtieron en los socios fundadores de la Institución. Igualmente, estuvieron presentes en la realización de este proyecto, la madre María Inmaculada de la Comunidad de las Hermanas de la Sabiduría, los padres Cristóbal Castillo, Fernando Sendoya y Moisés Rodríguez y las auxiliares de enfermería Lucy Ovalle y Teresa Mora.

El paso a seguir fue la consecución del lote que hoy ocupa la clínica y que en ese entonces costó 300.000 pesos. Una vez adquirido, la obra civil fue encomendada al arquitecto Plinio Hernán Castro, para así, abrir sus puertas al público el 15 de diciembre de 1969.

La Clínica Meta fue fundada según escritura pública No. 144 del 11 de Mayo de 1971 otorgada en la Notaría única de San Martín, inscrita en la Cámara de Comercio de Villavicencio el 18 de Marzo de 1971 bajo la denominación INVERSIONES CLINICA DEL META LIMITADA.

La Clínica inició sus labores con servicios de urgencias 24 horas, medicina general, ortopedia, anestesiología, cirugía general, ginecología y servicios de apoyo como nutrición y dietética, fisioterapia, laboratorio, enfermería y terapia de lenguaje.

Mediante escritura No. 3649 del 9 de agosto de 1993 otorgada en la notaria segunda de Villavicencio, la Institución se transformó en Sociedad Anónima y se denominó INVERSIONES CLINICA DEL META S.A.

Con el paso del tiempo, los servicios ofrecidos por la Clínica se han ido ampliando, por lo que en la actualidad se ofrecen servicios de oftalmología, odontología, cirugía plástica, neurología, neurocirugía, obstetricia, dermatología, otorrinolaringología y medicina interna.

Durante el año de 1998, la Clínica realizó un convenio de prestación de servicios académicos con la Universidad Cooperativa, con esto se buscó mejorar el objeto social de la entidad, además de crearle un espacio en la Institución a los futuros médicos de la región.

La Clínica vivió un momento muy crítico a comienzos del año 2000, ya que el gerente de ese momento, Yesid Campo Montoya, fue asesinado brutalmente por la delincuencia común. Este fue un golpe muy duro para el personal y para la institución en general, ya que este personaje era muy querido por las personas vinculadas a la Clínica. El Doctor Campo tenía un estilo gerencial muy particular, ya que era muy paternalista y veía a todos sus empleados como parte de su familia. La mayor ambición del Doctor Campo era hacer de la Clínica la mejor de la región, sin perder el sentido de unidad y familiaridad que existía entre los empleados de esta. Al fallecer el Doctor Campo, la Clínica entra en un momento de crisis, debido a que no se tenía claro quien asumiría el cargo de gerente. Después de mucho debate y de analizar las posibilidades con las que contaba la empresa, se decidió nombrar como gerente al doctor Jairo Delgado, el cual se había desempeñado como Presidente de la Junta Directiva por cierto tiempo.

3.2 MISIÓN Y VISIÓN

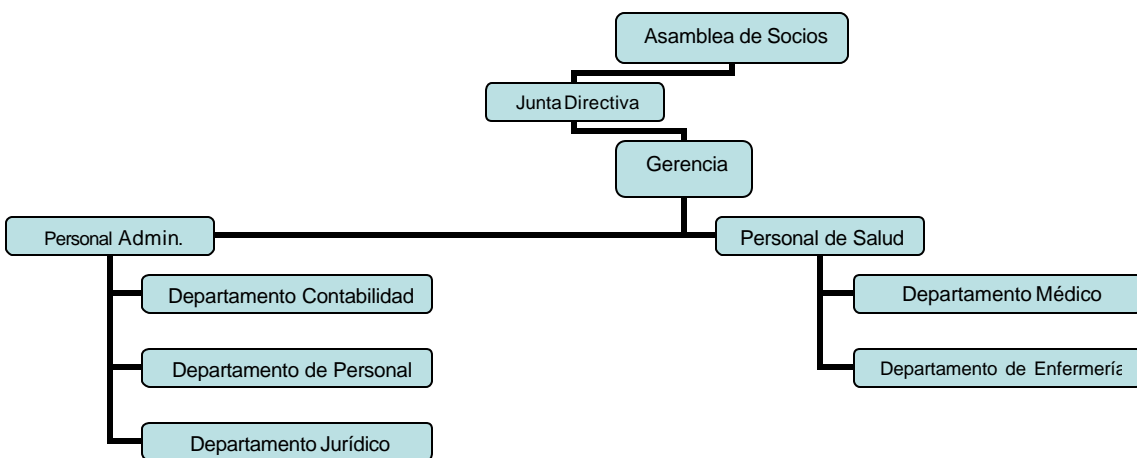
La Clínica Meta tiene como misión el “ser líderes en la prestación de servicios integrales de salud, con calidad y tecnología científica y humana, a toda la comunidad

con amplio sentido de solidaridad hacia las clases desprotegidas, con participación y grado de compromisos de todos sus miembros, enmarcados en valores y creencias”.

La Clínica tiene como visión “trabajar con compromiso hacia la comunidad, convertir a la empresa en la primera elección por la calidad de los servicios que se prestan, conservar incorporado el mejor equipo humano para mayor satisfacción del cliente interno y externo, sostener la mejor infraestructura y adelantos tecnológicos de actualidad y mantener solidez empresarial con miras futuristas de progreso y rentabilidad”

3.3 SITUACIÓN ACTUAL

Para su funcionamiento, la Clínica cuenta con 30 médicos especialistas y 50 generales. Igualmente tiene, 80 auxiliares de enfermería, tres enfermeras profesionales, 15 personas que trabajan en el laboratorio y 24 personas en el área administrativa. El organigrama que presenta la institución en la actualidad es el siguiente:



La Clínica tiene actualmente construida un área de 6.456 metros cuadrados, distribuidos en dos plantas para el funcionamiento de la Institución. En el primer piso funciona la administración, el área de recepción, los consultorios de especialistas, consulta externa, la droguería, cardiología, el laboratorio, fisioterapia, rayos x, urgencias, odontología, la morgue, la capilla y la sección de mantenimiento (calderas, planta eléctrica, y horno crematorio). En el segundo piso se encuentra hospitalización (esta sección cuenta con 55 cuartos y 100 camas hospital), cirugía, cocina y pasillos. En el segundo piso también se encuentra el área que se adaptó para la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). A pesar de que el área en la que se piensa instalar esta Unidad se encuentra terminada, esta no ha podido ser puesta en funcionamiento debido a que se ha presentado una falta de dinero para la dotación y para el mantenimiento diario de esta misma.

La Clínica cuenta con una dotación de maquinaria y equipos, entre los que se encuentran: 11 computadores en red (cada uno con su impresora), archivadores, mesas, ventilador pulmonar (reanimador), monitores, cardiógrafo, maquina de anestesia, desfibrilador, equipo de aire acondicionado, motobomba, máquinas lavadoras (2), planta eléctrica automática y equipo completo de cirugía y ortopedia. Dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos se planean instalar 9 camas hospital.

La Clínica maneja tarifas controladas por la Ley 100. Según los directivos de la Institución, se ha rebajado la rentabilidad en los últimos años por que no suben las tarifas de forma apropiada, sino por la inflación más 3 puntos. Los costos de producción e insumos suben en forma mayor. Según Jairo Delgado, gerente de la Institución, el mayor problema que presenta la Clínica es la demora en los pagos de cartera por parte del Estado y de las EPS. De acuerdo a lo expresado por el Doctor Delgado, la implantación de la Ley 100 fue un error por parte del Gobierno, el cual a criterio de este mismo, terminará con la quiebra de la mayoría de las Instituciones Prestadoras de Servicio.

La Clínica se encuentra en un proceso de transformación para la prestación del tercer nivel de complejidad.⁵ A largo plazo, la empresa también tiene planeado convertirse en la primera institución de cuarto nivel dentro de la ciudad de Villavicencio. Para lograr este proyecto se ha puesto un plazo de 10 años, tiempo en cual se piensa conseguir la infraestructura y tecnología necesaria, además de que se piensa brindar la capacitación requerida para poder prestar estos servicios.

El 2002 fue un año decisivo para la entidad debido a las múltiples reformas y procesos que se llevaron a cabo en la Institución. Los cambios y procesos adelantados se explican a continuación.⁶

⁵ Para que una Institución pueda prestar el III nivel de atención debe contar con una Unidad de Cuidados Intensivos. Tratando de lograr este objetivo es que la Clínica comenzó la construcción de la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos).

⁶ Los procesos y cambios que menciono son los comentados por el gerente en entrevista realizada el día 10 de Febrero de 2003.

Durante el año 2002 se implementaron procesos más agresivos de recuperación de cartera. Un ejemplo de esto es la recuperación de una deuda de 100 millones que la empresa CAPRECOM tenía con la Clínica desde el año 1998.

En este mismo año y por sugerencia de la Superintendencia Nacional de Salud, la Clínica creó el Departamento Jurídico de tiempo completo con el fin de efectuar una labor efectiva de recolección de pagos. Esta labor planea hacerse en coordinación con el Departamento de cartera.

También se creó el Departamento de Auditoría Médica con el cual se pretende agilizar la recuperación, cobro y depuración de cartera. Este proceso ha tenido cierta dificultad, ya que ha habido conflicto para encontrar personas con el conocimiento suficiente o con la disponibilidad de tiempo necesaria para realizar esta función dentro de la entidad. En este momento, los auditores que se han conseguido tienen disponibilidad para trabajar solamente unas cuantas horas por semana. Por sugerencia de estos, se incluyó en el proceso de auditoría a las Jefes de enfermería, para que de esta forma se disminuyan las inconsistencias en diagnósticos y autorizaciones, aspectos muy frecuentes en los motivos de glosa.

Igualmente se creó el Departamento de Recursos Humanos, el cual ha tratado de actualizar hojas de vida, funciones, vacaciones, legalizaciones y situaciones de calamidad doméstica, funciones que anteriormente realizaba el Departamento de

Contabilidad, lo cual ocasionaba una sobrecarga de labores para las personas que pertenecían a este Departamento.

Otro aspecto para destacar del 2002, es que pensando en la forma de atender la demanda de medicamentos para pacientes hospitalizados y ambulatorios, al igual que las capacitaciones, la Clínica realizó un convenio con AUDIFARMA, empresa que ofrece descuentos especiales en medicamentos.

Se continuaron los contratos de capitación⁷ con entidades como Salud Colmena, Solsalud y Humana Vivir. Durante el mes de diciembre de 2002 se inició una contratación por capitación con Cajanal.

La utilidad obtenida durante el año gracias a los contratos de capitación asciende a 174.871.000.

A pesar de que la Clínica se encuentra realizando cambios importantes buscando prestar un mejor servicio y responder a las condiciones del ambiente que la rodea me parece importante mencionar que en el momento la Clínica no cuenta con manuales de funciones definido y de conocimiento de los empleados. Al igual tampoco ha desarrollado una política de clientes clara, procesos de planeación estratégica, planteamiento de de objetivos o estrategias globales de funcionamiento. Esto me parece

⁷ Los contratos por capitación son aquellos en los que las EPS le pasan parte de la UPC a la IPS, dependiendo del número de usuarios que estas entidades atiendan.

un gran error, ya que los mecanismos mencionados anteriormente contribuyen al buen funcionamiento de las empresas.

3.4 ANALISIS DE LA COMPETENCIA

La Clínica cuenta con una competencia representada por las entidades Saludcoop, Seguro Social, Clínica Martha y Clínica La Grama. La Clínica Martha fue adquirida por Saludcoop a comienzos del año pasado y la Clínica La Grama, debido a problemas financieros ha dejado de prestar servicios.

Para tener un punto de referencia entre la Clínica y las demás entidades que prestan servicios de salud en Villavicencio, averigüé las tarifas de prestación de servicios e indagué sobre la satisfacción de los usuarios con estas organizaciones.

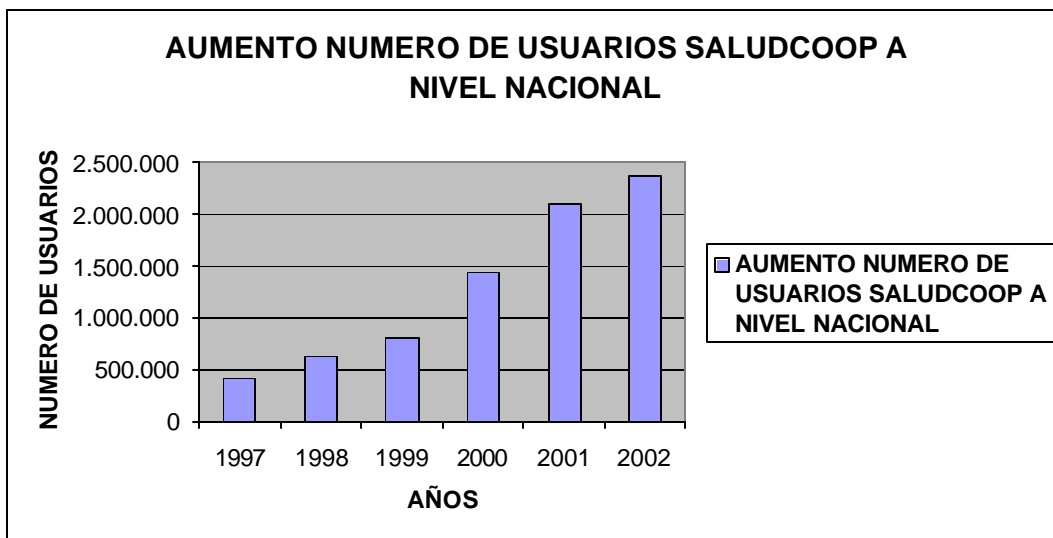
En cuanto a las tarifas, no encontré diferencia alguna entre las entidades, ya que estas tarifas son establecidas por el Gobierno. En el momento, las tarifas moderadoras son:

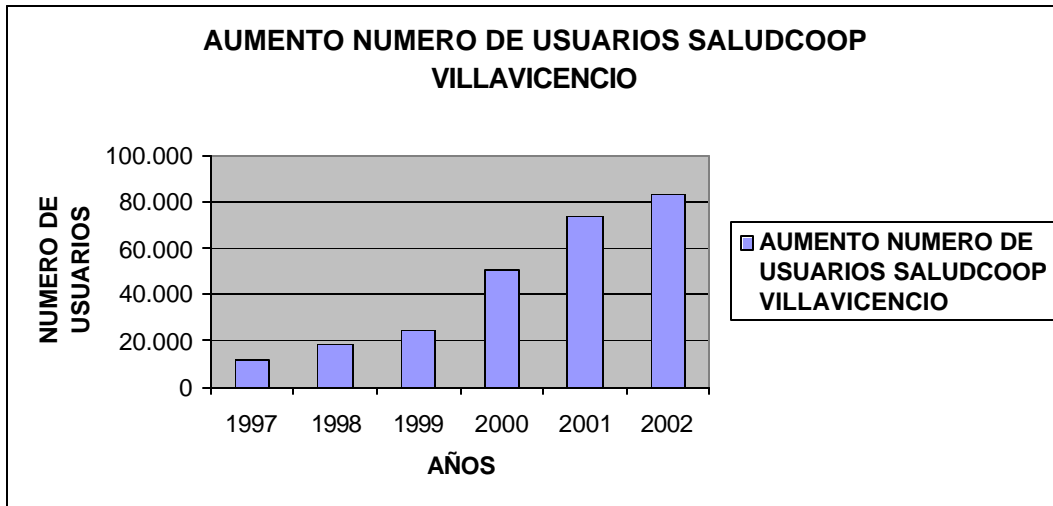
- Para afiliados con Ingreso Base de Cotización (IBC) menor a 2 salarios mínimos: 1000.
- Para afiliados con IBC entre 2 y 5 salarios mínimos: \$ 3000.
- Para afiliados con IBC mayor de 5 salarios mínimos: \$5000.

3.4.1 SALUDCOOP

En este momento, la mayor competencia con la que cuenta la Clínica es la que presenta la entidad Saludcoop S.A. Esta entidad comenzó a operar en el mes de mayo de 1995, y ha sido tal su grado de expansión, que en el momento en la ciudad de Villavicencio, cuenta con cuatro clínicas distribuidas en sitios estratégicos de la ciudad.

Saludcoop ha demostrado un gran crecimiento en el número de usuarios con el pasar de los años. Durante el 2002, el crecimiento real de usuarios en la entidad fue del 13%, los cuales son representados por un aumento de 2'371.000 usuarios.





Como vemos en las gráficas anteriores el aumento de usuarios desde el año de 1997 ha sido muy significativo. Dentro del área de Villavicencio se pasó de 12.300 usuarios en el año 1997 a 82.900 usuarios en el año 2002. Esto representa un aumento del 574% en el número de usuarios entre el 97 y el 2002.⁸

Saludcoop es una empresa que ha dado muy buenos resultados desde su creación ya que con tan solo 8 años de funcionamiento ocupa ya importantes puestos dentro de la clasificación económica realizada a las 100 empresas más grandes del país.

Según la Revista Semana en su edición especial No. 1.042 del mes de Abril del presente año SALUDCOOP ocupa posiciones destacadas dentro de la economía del país. Algunos ejemplos de esto los buenos resultados de la empresa son:

⁸ MEMORIA SALUDCOOP EPS 2002.

- Dentro de las 100 empresas más grandes del país, Saludcoop se ubica en el lugar 23.
- SALUDCOOP ocupa el 2 lugar dentro de las empresas mayores empleadoras de Colombia.
- Saludcoop ocupa el cuarto lugar de rentabilidad de patrimonio en el país.
- Saludcoop ocupa el quinto lugar por rentabilidad de activos.

Saludcoop busca renovarse continuamente, por esto, crea programas innovadores con los que busca prestarle un mejor servicio a sus usuarios. Cabe destacarse que un aspecto muy importante dentro de la entidad es el relacionado con las actividades educativas. En julio de 2001 nacieron Tomás y Sofía, los personajes encargados de transmitir los mensajes informativos según las enfermedades y los factores de riesgo más comunes de la población.

Durante el 2002, también se realizaron actividades de promoción y prevención en 3.566 empresas, en las cuales se atendieron 120.258 usuarios en todo el país.

Saludcoop también creó un programa de atención domiciliaria llamado Saludcoop Hospitalización En Casa (SHEC), el cual le proporciona al paciente sin riesgo vital toda la atención hospitalaria, equipos, elementos, terapias y soporte técnico y profesional en el hogar del paciente.

Saludcoop Hospitalización En Casa inició labores en la Clínica Saludcoop Jorge Piñeros Corpas en la ciudad de Bogotá en noviembre del año 2000 y durante el año 2001 se implementaron 13 programas en diferentes ciudades del país, los cuales han manifestado múltiples manifestaciones escritas de satisfacción y agradecimiento por parte de los usuarios atendidos.

En Diciembre de 2000, bajo los lineamientos de presidencia científica, se diseñó un nuevo y más efectivo Programa Nacional de Atención a personas que conviven con el VIH, el cual se estructuró e implementó en todo el país en marzo de 2001. La creación de este programa ha permitido a Saludcoop no solamente brindar a este grupo de pacientes una óptima atención a través de un equipo interdisciplinario disminuyendo así las complicaciones y hospitalizaciones propias de este síndrome y mejorando por ende la calidad de vida; sino que ha logrado una mejor administración de los recursos económicos destinados a este grupo de pacientes.

Saludcoop también ha desarrollado programas con los que busca ayudar a sus empleados a mejorar en la prestación de sus servicios. A continuación, presento los programas más importantes con los que la entidad ayuda a sus empleados a prestar el mejor servicio posible.

Capacitación a Profesionales

Saludcoop cuenta con un programa de capacitación claramente establecido y como estrategia para su aplicación diseñó dos instrumentos para la divulgación, actualización

y complementación de los conocimientos de los profesionales de la organización: las revistas Salus Holos y Salus Kedos y los talleres de capacitación.

La revista Salus Holos se dirige a médicos y odontólogos. La revista SALUD Hedos se dirige a enfermeras y bacteriólogos. Los talleres de capacitación son de carácter presencial y se llevan a cabo en todos aquellos sitios del país donde Saludcoop tiene establecida infraestructura apropiada. Para estas capacitaciones se establecen grupos de máximo 30 personas, con el fin de optimizar el contacto entre los asesores y los profesionales médicos. Para el desarrollo de las sesiones se utilizan diferentes materiales, como por ejemplo, sistemas de modelos patient care simulators, casos clínicos, etc. Los talleres se encuentran fundamentados sobre el desarrollo de una serie de preguntas las cuales buscar encontrarle solución a un problema formulado.

Biblioteca Virtual

Los profesionales de la salud están en constante necesidad de información médica actualizada que les proporcione las bases necesarias para generar conocimiento y tomar decisiones acertadas, contribuyendo esto a aumentar la calidad en el tratamiento de sus pacientes. Para suplir estas necesidades surgió el proyecto de Biblioteca Virtual Saludcoop, a través del cual se creó una biblioteca digital médica en la cual existe información seleccionada, confiable y actualizada a disposición de los profesionales de la salud. La Biblioteca Virtual Saludcoop se define como una forma no tradicional de biblioteca, la cual consiste en un medio de consulta e investigación de información en

salud, a través de las redes de los computadores locales Intranet o distribuidas como Internet.

Sistema de Garantía de Calidad

Garantía de calidad Saludcoop es algo más que un programa. Es la unión del esfuerzo y compromiso de todos los funcionarios, buscando la completa satisfacción con los servicios por parte de los usuarios. Inmersa en todo proceso de calidad y como parte del mismo, la entidad da cumplimiento a la normatividad vigente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud.

En el 2002 se actualizó el Plan de Desarrollo Institucional, acorde con el crecimiento de la organización y con las políticas establecidas, para mantenerse a la vanguardia en la calidad de los servicios y en el aseguramiento de la calidad interna y externa. La estructura organizativa cuenta con un soporte documental articulado y actualizado, lo que constituye una herramienta para liderar el cumplimiento de las expectativas de los usuarios.

Manual de calidad, manual de procesos y procedimientos, planes de mejoramiento y registro de calidad, son entre otros, documentos tendientes a lograr y mantener la mayor eficiencia y calidad, a través de la gestión de todos los funcionarios.

En el 2002, se consolidó la campaña del ABC de la calidad por áreas, determinando así las estrategias y acciones para otorgar valor agregado en los servicios y plena satisfacción en los usuarios. La sumatoria de la calidad del ABC por Areas logra el propósito fundamental de trabajar permanentemente en la búsqueda de la excelencia en la prestación de servicios.

Saludcoop ha realizado varias encuestas de satisfacción al usuario buscando evaluar la calidad de los servicios prestados. Según la última encuesta realizada en el 2002, se encuentra un índice de satisfacción del 90% de los usuarios con la entidad. Este es el mejor índice de satisfacción del mercado en cuanto a servicios de salud, sin embargo, Saludcoop tiene como meta alcanzar un índice de satisfacción del 96%. Para comprobar la veracidad de estas cifras, realicé encuestas con usuarios de Saludcoop, las cuales arrojaron resultados muy parecidos a los que Saludcoop ha obtenido con sus encuestas. Los usuarios manifiestan que el servicio de Saludcoop es rápido en todas sus áreas (consulta externa, consulta de especialistas, urgencias), que la asignación de citas es ágil y que la atención en cualquiera de sus áreas es muy buena.

3.4.2 INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES (CLINICA CARLOS HUGO ESTRADA)

La Clínica Carlos Hugo Estrada Castro inicio servicios el 20 de diciembre de 1998 en la ciudad de Villavicencio. Es una clínica de mediana complejidad (nivel II) y cuenta con 107 camas hospital.

La Clínica presta los siguientes servicios: medicina interna, pediatría, cirugía, ginecoobstetricia, cardiología, ortopedia, cirugía plástica, cirugía general, oftalmología, servicio de urgencias para el II nivel las 24 horas, consulta especializada en las áreas mencionadas anteriormente y laboratorio clínico.

En este momento la Clínica se encuentra en un proceso de cambio, donde se están planteando nuevas estrategias con las que prestar un mejor servicio. Entre las nuevas estrategias del Seguro se encuentran:

- Consolidar a las IPSs como entidades orientadas hacia la prestación y mantenimiento de salud de los usuarios.

- Hacer de la IPS un negocio autónomo, viable financieramente y competitivo.

- Modernizar la prestación y administración de los servicios y desarrollar alternativas innovadoras en los mismos.

A pesar de que la entidad se encuentra en un proceso de reestructuración, con el que se busca mejorar la prestación de servicios, debido a la crisis financiera que ha vivido el Instituto, el servicio prestado hasta ahora no ha sido el mejor. Según un informe realizado por Saludcoop, se dice que el nivel de satisfacción de los usuarios con la entidad es del 66%. Este nivel de satisfacción es bajo y según la escala establecida en el

ISO 9000, este porcentaje clasifica el servicio de la entidad como malo. Realicé varias encuestas con usuarios del Seguro, y se presentó mucha insatisfacción con el servicio que presta esta entidad. La gente se queja de la lentitud del servicio en el área de urgencias, además de lo obsoleto del sistema para la adjudicación de citas (las personas tienen que realizar largas colas desde muy tempranas horas de la mañana para que les asignen citas).

3.5 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

La Clínica Meta ofrece servicios de salud especializada de segundo nivel de atención a los ciudadanos de Villavicencio.

Sus servicios incluyen programas de promoción y prevención, apoyo diagnóstico y terapéutico, urgencias, tratamientos médicos y quirúrgicos y procesos de rehabilitación.

Las especialidades que se ofrecen dentro de la Institución son: medicina interna y cardiología, ginecología y obstetricia, cirugía plástica, cirugía maxilofacial y odontología, neumología, neurología y neurocirugía, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, pediatría, patología, cirugía general y gastroenterología, citología, reanimación y anestesiología, citología, oftalmología, nefrología y urología, cirugía vascular, psicología, y dermatología.

A continuación, pienso explicar con más detalle en que consiste el servicio que se ofrece dentro de las distintos Departamentos de la Institución.

Servicio De Urgencias

El servicio de urgencias de la Clínica presta servicios las 24 horas del día, los 365 días del año para atender pacientes con necesidades de resolución médica o quirúrgica de emergencia. Esta unidad cuenta con un recurso humano de calidad consistente en médicos y enfermeras de urgencias, encargados de la atención inicial y estabilización del paciente crítico con el apoyo de profesionales de las diferentes especialidades y subespecialidades médico quirúrgicas.

Servicio de Consulta Externa

El área de consulta externa recibe, atiende, ubica e informa al paciente que requiera de los servicios de la Clínica. En Consulta Externa se ofrece consulta médica general a todos los tipos de usuarios pertenecientes a los diferentes regímenes de seguridad social, subsidiados, contributivos, personas vinculadas y particulares que así lo requieran.

Dentro del área de consulta externa se disponen de 10 consultorios en los cuales se atiende a los pacientes, y en caso de que el problema sea más delicado y específico, estos son remitidos a citas con especialistas

Centro Cardiopulmonar

Dentro del Centro Cardio Pulmonar se pueden desarrollar actividades como consultas de cardiología, cardiogramas y ecocardiografías.

Departamento De Fisioterapia, Medicina Física v Rehabilitación

El área de medicina física y rehabilitación desarrolla sus actividades ofreciendo tratamientos especializados en:

- **Terapia de Lenguaje:** Para desarrollar esta actividad se cuenta con una fonoaudióloga, la cual trabaja los miércoles de 1:30 p.m. a 4 p.m. y los sábados de 7 a.m. a 12 a.m. Para la terapia, se recurren a procesos de valoración del paciente, prácticas orofaciales, ejercicios de articulación, ejercicios de soplo, ejercicios de respiración, ejercicios de velo, ejercicios de relajación, actividades de comprensión de lenguaje, etc. La Clínica cuenta con material especial para el desarrollo de estas actividades. Entre los materiales con los que cuenta la entidad, se pueden encontrar: fichas semánticas de lenguaje, historietas de secuencias, lotería de asociación y un tablero.

- **Fisioterapia:** Dentro del área de terapia física, se manejan acciones que orientan al mantenimiento, optimización o potenciación del movimiento corporal, así como a la prevención o recuperación de sus alteraciones con el fin de optimizar la calidad de vida del paciente y contribuir al desarrollo social de este. Para el desarrollo de esta actividad se cuenta con dos terapeutas físicas y una auxiliar de enfermería. Además, se cuentan con elementos y equipos especializados, entre los que se encuentran: electroestimuladores, paquetes calientes y fríos, tanques de remolinos, poleas, barras

paralelas, escaleras, rampas, camillas, pesas, balones terapéuticos, bicicletas estáticas, espejos de reeducación, y bandas elásticas.

Terapia Respiratoria

El área de terapia respiratoria se encarga del tratamiento integral del paciente ambulatorio y hospitalizado, con lo cual se busca ayudar no solamente a los pacientes neumológicos con complicaciones respiratorias, sino también se realiza como medio preventivo en el que se revisa la higiene bronquial de pacientes prequirúrgicos para evitar posibles complicaciones en el proceso postoperatorio. Para el desarrollo de esta actividad se cuenta con cuatro terapeutas respiratorias y una auxiliar de enfermería. También se cuentan con los siguientes equipos: dos nebulizadores, una bala de oxígeno con manómetro, dos camillas, un succionador, dos ventiladores, etc.

Terapia Ocupacional

En esta unidad se atienden pacientes, ambulatorios u hospitalizados, que por diferentes causas han disminuido o perdido funcionalidad física o mental. A nivel de promoción y prevención se maneja de manera completa y permanente el programa de estimulación temprana cubriendo a la población infantil de 0 a 12 años. A nivel de rehabilitación se diseñan férulas estáticas o dinámicas para cualquier tipo de lesión que la requiera. Además, se diseñan adaptaciones y aditamentos. La terapia también se utiliza para

corregir niveles de stress que ocasionan dolor muscular, cansancio y fatiga. A nivel de gerontología (tratamiento de ancianos), existe un programa para mantener el bienestar de estos.

Servicio De Ayuda Diagnóstica

- **Imagenología:** Radiología de nivel I, II y III Dentro de esta área se prestan servicios de radiología, rayos x, ultrasonido, T.A.C. simple, estudios de tránsito esofágico, entre otros. Esta unidad tiene horario de atención las 24 horas del día.

- **Laboratorio Clínico:** La Clínica cuenta con un laboratorio de alta tecnología, el cual sirve de apoyo diagnóstico a todos los servicios hospitalarios. Dentro de este laboratorio, se realizan exámenes de I, II y III nivel. Algunos ejemplos de los exámenes que se pueden practicar dentro del laboratorio son: hematología, uroanálisis parasitología, inmunología, química sanguínea, bacteriología, perfil tifoideo, perfil de reproducción y fertilidad, marcadores tumorales, anemias, entre otros.

Departamento De Nutrición y Dietética

Este Departamento presta servicio especializado, tanto preventivo como educativo, a todas las áreas que lo requieran. A través de terapias nutricionales de alta calidad se ayuda a que los usuarios modifiquen sus hábitos alimenticios con el fin de que mejoren

su salud o se recuperen satisfactoriamente y rápidamente después de una intervención quirúrgica.

Departamento De Patología

El Departamento de Patología posee la infraestructura técnica y profesional para el diagnóstico oportuno y certero en el área de patología quirúrgica y citología. El Departamento presta servicios como: estudio de anatomía patológica y citología, tamizaje y lectura de citologías vaginales y líquidos, neuropatología y necropsia, entre otras.

Droguería

La droguería brinda los medicamentos y el apoyo farmacéutico necesario para mantener y recuperar las condiciones de salud de los pacientes, así como para prevenir enfermedades. Dentro de la droguería se ofrecen servicios de dispensación de medicamentos en dosis para 24 horas, a pacientes hospitalizados y orientación para manejo, administración y uso adecuado de estos mismos. Además, se ofrece el servicio de despacho de medicamentos y orientación al usuario ambulatorio.

Servicios Hospitalarios

Dentro de la Clínica se brinda hospitalización de II nivel con servicio hotelero de 100 camas hospital repartidas de la siguiente manera: 16 en habitaciones unipersonales y 84 en habitaciones bipersonales.

Departamento Medico Quirúrgico

El Departamento médico quirúrgico, el cual se encuentra ubicado en el segundo piso de la Clínica, cuenta con 4 salas de cirugía y 2 salas de parto y cuidado al recién nacido. Este Departamento también cuenta con todo el apoyo de anestesia necesario para cualquier tipo de cirugía.

Este Departamento brinda el apoyo necesario al paciente y a su familia, dándoles toda la información pertinente sobre los procedimientos y el cuidado post operatorio. Cuenta con un grupo multidisciplinario de especialistas y enfermeras, de gran experiencia y calidad humana.

En esta unidad se prestan los servicios de cirugía de mama y tumores de tejidos blandos, cirugía de la mano, cirugía gastrointestinal, cirugía general, cirugía maxilofacial, cirugía oncológica, cirugía plástica y cirugía vascular.

Además, se atiende el tratamiento quirúrgico de las enfermedades del aparato digestivo: esófago, estómago, vías biliares, hígado, páncreas, e intestinos. Igualmente se realizan cirugías de cabeza, cuello y glándulas endocrinas.

En colaboración con el Departamento de Ortopedia, atiende pacientes traumatizados, además de todas las urgencias que requieran de intervención quirúrgica. Cabe anotar que se ha efectuado una renovación completa de la planta física y de los equipos de salas de cirugía.

Unidad De Neuro -Cirugía

Dentro de este Departamento se realiza tanto cirugía neurológica como cirugía vascular (aneurismas), tratamiento de tumores, cirugías medulares y en general, todo tipo de procedimientos neuro-quirúrgicos.

Unidad De Otorrinolaringología

Dentro de este Departamento se prestan los servicios de atención en el oído, nariz garganta y laringe. Además, en esta unidad se prestan importantes servicios ambulatorios independientes de la cirugía, como son: fonoaudiología y terapia del lenguaje, audiometrías, odontología integral y manejo de rinitis alérgica.

Unidad De Cirugía Plástica y Reconstructiva, Maxilofacial y De La Mano

Dentro de esta unidad se presta servicios de urgencias en pacientes politraumatizados, así como consultas y cirugías programadas en el área de cirugía reconstructiva, corrección de anomalías congénitas y cirugía estética.

Unidad De Cuidado Intermedio

Esta unidad esta dotada con los equipos necesarios para la vigilancia y asistencia cercana de situaciones patológicas de cuidado delicado. Cuenta con personal médico y de enfermería especializado en cuidado crítico. Además de que cuenta con un buen soporte respiratorio, consistente en 2 ventiladores y 2 monitores.

Ortopedia y Traumatología

El Departamento de Ortopedia y traumatología atiende una gran cantidad de pacientes, especialmente usuarios con problemas de politraumas, fracturas de huesos largos, y reemplazos articulares, entre otros.

Anestesiología

El Departamento de Anestesiología atiende al paciente en el pre e intraoperatorio con los últimos avances de tecnología para garantizar su máxima seguridad durante el acto quirúrgico.

Unidad de Ginecología y Obstetricia

Dentro del área de ginecología se prestan servicios como: estudio y tratamiento médico quirúrgico de las infecciones del aparato genital femenino, laparoscopia diagnóstica y quirúrgica, histeroscopia y planificación familiar

Pediatría

La Clínica ofrece atención pediátrica con los siguientes servicios: atención o reanimación en sala de partos y atención al recién nacido.

Servicio De Ambulancia

La Clínica cuenta con una ambulancia dotada del equipo necesario para atender emergencias de primer nivel, disponibles las 24 horas del día para transportar pacientes cuando estos lo requieran o cuando necesiten ser trasladados a Bogotá.

Oficina De Atención E Información Al Usuario

Dentro de esta Oficina se manejan 2 divisiones: la de quejas y reclamos, la cual se encuentra encargada de responder las inquietudes y expectativas expresadas por los usuarios, y la de atención al paciente hospitalario, la cual apoya y orienta al usuario durante su proceso de hospitalización.

3.6 ANÁLISIS CLÍNICA META

El objetivo principal de mi tesis es hacer un análisis completo de la Clínica Meta, para después plantear soluciones factibles a los problemas que se encuentren. Para poder desarrollar mi trabajo de forma completa, primero quise analizar el entorno del sector salud, la normatividad de la ley 100 y los cambios que se ocasionaron en el país después de la introducción de esta (temas tratados en los 2 primeros capítulos de este trabajo).

Teniendo una percepción del entorno que rodea y afecta a la Clínica, quise realizar un análisis interno con el cual pueda establecer claramente cuales son los aspectos que se deben mejorar dentro de la entidad. Para analizar verdaderamente como se encuentra la Clínica en la actualidad realicé análisis de distintas áreas (finanzas, impacto de la empresa en los usuarios externos medida a través de una encuesta de satisfacción, impacto de la habilidad gerencial y de gestión en los clientes internos de la empresa y análisis estratégico de esta). Para el desarrollo de estos análisis, utilicé herramientas como el cálculo de índices cuantificables con los cuales establezco de forma lógica y con fundamento de que forma se encuentran las áreas más vitales de la empresa. A continuación pienso explicar los todos los análisis que realicé dentro de mi trabajo.

Primero, realicé un análisis financiero. La razón para realizar este análisis es que considero que el conocer como se encuentra financieramente una empresa es vital para la subsistencia de esta. La situación financiera se utiliza para saber que tan atractiva es

la empresa para sus accionistas. Mediante un análisis financiero también se pueden establecer las debilidades y fortalezas de la organización en este campo.

Este análisis lo realicé basado en 5 tipos de razones financieras: razones de liquidez, razones operacionales, razones de endeudamiento, razones de rentabilidad y razones de crecimiento. Estas razones son importantes ya que ayudan a ver que tan saludable se encuentra la empresa desde distintos puntos de vista. Las razones de liquidez miden la capacidad de la empresa para cumplir con sus obligaciones vencidas a corto plazo. Las razones operacionales miden la efectividad de la empresa en el uso de sus recursos. Las razones de endeudamiento miden el alcance de la financiación de la empresa por medio de deudas. Las razones de rentabilidad miden la efectividad de la gerencia mediante los retornos generados por ventas e inversión. Por último, las razones de crecimiento miden la habilidad de la empresa para mantener su posición financiera en el medio industrial

Segundo, sabiendo que para tener una posición competitiva dentro del mercado se deben anticipar las necesidades de los clientes, buscando mantener y consolidar su lealtad, también realicé una encuesta de satisfacción al usuario, donde le pregunté a la gente la calificación que le da a la Clínica en aspectos tan importantes como la calidad de los médicos, de las enfermeras, de las instalaciones, del servicio en general en cada una de las áreas (consulta externa, consulta con especialistas, hospitalización, terapia física, urgencias,), etc. Después de analizar las encuestas obtuve los índices perceptivos y reales de la Clínica, con los cuales pude establecer como califican los usuarios los

servicios ofrecidos por la Institución. Mediante estos índices también pude establecer cuales son las áreas críticas que tiene la organización en cuanto a su servicio y que tanta fidelidad presentan los usuarios con la empresa.

Tercero, realicé un análisis gerencial y de gestión. Debido al papel fundamental que juega el recurso humano dentro de una institución prestadora de servicios de salud, analicé la claridad de la gerencia en cuanto a las políticas que se manejan. También analicé la gestión de los directivos en cuanto a la implementación de condiciones propicias para el mejoramiento de la eficiencia de empresa.

Para medir la habilidad gerencial y de gestión de la institución, realicé una encuesta con los empleados, en la cual indagué sobre aspectos tan importantes como la dirección de la institución, el manejo del recurso humano y las comunicaciones internas. Para analizar la dirección de la empresa realicé preguntas sobre la claridad de la misión y la visión de la Institución. En cuanto al manejo del recurso humano indagué sobre el diseño de los cargos y la claridad de estos, también averigüé sobre la motivación, retribución e incentivos que se manejan, sobre la claridad y frecuencia en la evaluación del desempeño, y sobre los procesos de inducción, entrenamiento y actualización que ofrece la empresa. La última parte de la encuesta trata sobre la satisfacción que los empleados tienen con la empresa. Pienso que este es un factor muy importante, ya que ellos, como clientes internos de la institución tienen un buen conocimiento de los servicios y pueden ayudar a detectar los problemas que se puedan estar presentando dentro de la Clínica. Cabe mencionar que aunque la encuesta es parecida a la realizada

con los clientes externos, se profundiza en factores como salarios y el cumplimiento en el pago de estos.

Por último, realicé un análisis estratégico de la empresa. Para esto, hice un análisis DOFA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas), como herramienta para establecer un diagnóstico estratégico de la situación de la empresa en la actualidad. También utilicé el modelo de las 5 fuerzas de Porter para estudiar la situación de la Clínica, teniendo en cuenta aspectos como condiciones de la demanda, condiciones de los factores del sector, industrias de soporte y relacionadas, estrategias de las firmas del sector y papel del Gobierno. Mediante los análisis mencionados anteriormente, establecí que factores a favor tiene la empresa y que factores tiene en contra, con los cuales puedo determinar en que posición competitiva se encuentra la Institución.

3.6.1 ANÁLISIS FINANCIERO

3.6.1.1. RAZONES DE LIQUIDEZ

AÑOS	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Capital de trabajo [AcCorr - PasCorr]	820.971.261	662.607.931	504.937.493	823.309.999	1.107.569.777	1.005.022.911
Razón corriente [AcCorr / PasCorr]	1,66	1,46	1,30	1,33	1,39	1,26
Prueba ácida [(AcCorr- Inv)/PasCorr]	1,45	1,27	1,19	1,24	1,36	1,23
Inventario/Capital de trabajo	0,31	0,42	0,37	0,28	0,08	0,09

Teniendo en cuenta la tabla anterior, pienso hacer un análisis de la Clínica, con respecto a las razones más importantes mostradas en el cuadro.

- **Capital de Trabajo:** Podemos observar que la Clínica ha mantenido un buen capital de trabajo, ya que al descontarle a los activos corrientes los pasivos corrientes, la Clínica sigue contando con dinero suficiente para cubrir las deudas a corto plazo. El capital de trabajo para el año 2002 fue de 1.005.022.911, el cual significó una disminución del 9.26% con respecto al año anterior, sin embargo, este índice sigue siendo favorable.

- **Razón Corriente :** Observando los resultados de la tabla, vemos que la razón corriente ha disminuido del año 1997 al año 2002, de 1.66 a 1.26. Esto quiere decir que en el 2002, la Clínica cuenta con 1.26 pesos para cubrir cada peso de deuda de corto plazo. Aunque podemos ver que se tiene más dinero en los activos corrientes que en los pasivos corrientes, este índice no es el más favorable ya que se dice que una empresa tiene una buena razón corriente si tiene 2 pesos por cada peso de deuda.

- **Prueba ácida:** Al descontar de los activos corrientes los inventarios, los cuales son la cuenta menos líquida dentro de los activos, vemos que la prueba ácida disminuye de 1.45 a 1.23 entre los años 1997 y 2002. Esto quiere decir que sin contar los inventarios, la empresa cuenta con 1.23 pesos para cubrir cada peso de los pasivos corrientes en el año 2002.

3.6.1.2 RAZONES OPERACIONALES

AÑOS	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Rotación de cartera [Vent/CpC]	2,76	1,98	1,72	1,35	1,21	1,44
Rotación del activo (TATO) [Vent/AcTotal]	0,91	0,93	0,80	0,73	0,68	0,85
Rotación del Capital de trabajo [Vent/CapTr]	4,73	6,05	7,10	4,95	3,96	6,63

- **Rotación de cartera:** Observando este indicador, vemos que ha habido una disminución en la rotación de cartera, de 2.76 a 1.44, entre los años 1997 y 2002. Esta razón nos indica que la cartera rotó solamente 1.4 veces durante el 2002, lo cual quiere decir que se cobran las deudas cada 260 días, lo cual es un lapso muy largo de tiempo para cobrar cuentas.

- **Rotación del activo:** Observando la tabla, vemos que la rotación de los activos ha disminuido con el pasar de los años. Se pasó de una rotación de 0.91 en el año 1997 a una rotación de 0.85 en el año 2002. La rotación del activo nos muestra el número de pesos generado en ventas netas por cada peso invertido en activos.

- **Rotación del capital de trabajo:** La rotación del capital de trabajo nos muestra el número de pesos generado en ventas netas por cada peso invertido en capital de trabajo. Como podemos ver, la rotación de capital de trabajo pasó de 4.73 en el año 1997 a 6.63 en el 2002, lo cual indica que hubo un mejoramiento de este indicador.

3.6.1.3 RAZONES DE ENDEUDAMIENTO

AÑOS	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Endeudamiento total [PasTot/AcTot]	0,41	0,42	0,43	0,50	0,53	0,56
Apalancamiento (LEV) [ActTot/Patr]	1,69	1,72	1,76	2,00	2,15	2,27
Concentración [PasCorr/PasTot]	0,71	0,79	0,88	0,88	0,82	0,90

- **Endeudamiento Total:** Al observar este indicador nos damos cuenta que este valor ha aumentado de 0.41 en 1.997 a 0.56 en el 2002. Esto nos indica que hay mayor porcentaje de financiación por parte de acreedores que por parte de accionistas.

- **Apalancamiento:** Al observar este indicador, vemos que el apalancamiento aumentó de 1.69 a 2,27 entre los años 1997 y 2002. Esto quiere decir que la proporción de tamaño entre deuda y capital propio aumentó con el pasar del tiempo.

- **Concentración:** Este indicador mide el porcentaje que el pasivo corriente toma del total del pasivo. Tal y como podemos ver, la concentración pasó de 0.71 en 1997 a 0.90 en el 2002. Esto quiere decir que la mayoría de la deuda que tiene la Clínica es un pasivo que debe ser cubierto a corto plazo, el cual ha aumentado con el tiempo.

3.6.1.4 RAZONES DE RENTABILIDAD

AÑOS	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Margen bruto [UtiBr/Ventas]	0,42	0,36	0,30	0,31	0,29	0,24
Margen operacional [UtiOper/Ventas]	0,14	0,10	0,05	0,08	0,05	0,07
Utilidad sobre ventas (ROS) [UtNeta/Ventas]	0,08	0,07	0,03	0,05	0,04	0,02
Utilidad sobre activos (ROA) [UtNeta/AcTotal]	0,07	0,06	0,03	0,04	0,03	0,02
Utilidad sobre patrimonio (ROE) [UtNeta/Patr]	0,12	0,11	0,05	0,08	0,06	0,04
Utilidad sobre inversión [UtNeta/(Patr+PasLP)]	0,10	0,09	0,04	0,07	0,05	0,04

- **Margen Bruto:** Observando los resultados obtenidos en la tabla anterior, vemos que el margen bruto de la Clínica, ha disminuido de 0.42 en el año 1997 a 0.24 en el año 2002. El margen bruto nos indica la utilidad bruta que queda por cada peso vendido. En conclusión, podemos ver que la Clínica cada día produce menos utilidad bruta por peso vendido.

- **Margen Operacional:** Observando la tabla vemos que el margen operacional de la Clínica disminuyó de 0.14 en el año 1997 a 0.07 en el año 2002. El margen operacional mide la utilidad operacional que genera la empresa por cada peso vendido. Este indicador da un resultado similar al indicador anterior, la Clínica cada día produce menos utilidad operacional por peso vendido.

- **Utilidad sobre Ventas (ROS):** Observando la tabla vemos que la utilidad sobre ventas ha disminuido de 0.08 en el año 1997 a 0.02 en el año 2002. Este indicador nos muestra que la Clínica produce cada vez menos Utilidad Neta por peso vendido.

- **Utilidad sobre Activos (ROA):** Observando la tabla vemos que la utilidad sobre activos ha disminuido de 0.07 en el año 1997 a 0.02 en el año 2002. Esto nos indica que la capacidad de los activos de producir ventas disminuye con el paso del tiempo. Además, cabe mencionar que se presenta una sub utilización de activos, ya que si los activos contribuyen en solamente en 0.02 a las ventas de la empresa, estos no se están utilizando de forma productiva.

- **Utilidad sobre Patrimonio:** Observando la tabla vemos que la Utilidad sobre Patrimonio ha disminuido de 0.12 en el año 1997 a 0.04 en el año 2002. Este indicador muestra lo que al accionista le produce porcentualmente el dinero que tiene comprometido en la entidad. Teniendo esto en cuenta, vemos que los rendimientos que se presentan a los accionistas son cada vez menores, ya que actualmente solo se les brinda un rendimiento del 4%, situación preocupante para la estabilidad financiera a futuro de la empresa.

- **Utilidad sobre inversión:** Observando la tabla, vemos que la utilidad sobre la inversión ha disminuido de 0.10 en el año de 1997 a 0.04 en el año 2000. Esto nos indica que la Clínica, del 97 al 2002, ha venido percibiendo menos utilidad sobre cada peso que tiene invertido.

3.6.1.5 RAZONES DE CRECIMIENTO

AÑOS	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Crecimiento de las Ventas	54%	3%	-11%	14%	8%	52%
Crecimiento Utilidad Bruta	56,35%	-10,89%	-26,71%	16,96%	0,94%	25,72%
Crecimiento de la Utilidad Neta	54,92%	-11,95%	-54,42%	77,45%	-20,34%	-16,43%
Crecimiento Activos	12,77%	1,17%	2,92%	25,26%	15,50%	21,54%
Crecimiento Pasivos	23,20%	3,67%	5,62%	45,57%	23,17%	27,13%
Crecimiento Patrimonio	6,51%	-0,58%	0,96%	9,87%	7,80%	15,12%

- **Crecimiento de las Ventas:** Como vemos en la tabla, las ventas de la Clínica disminuyeron de crecer un 54% a crecer solo un 52% en el año 2002. Sin embargo, cabe mencionar que se presentó un aumento del 8% en el 2001 a un 52% en el 2002.

- **Crecimiento Utilidad Bruta:** La Utilidad Bruta disminuyó su crecimiento, ya que de crecer un 56.35% en 1997 creció solo un 25.72% en el 2002. Sin embargo, se debe mencionar que se presentó un aumento del 0.94% en el 2001 a un 25.72% en el 2002.

- **Crecimiento Utilidad Neta:** La Utilidad Neta es la cuenta que más ha bajado del 1997 al 2002. Esta cuenta cambió de un aumento del 54.92% a una disminución de la utilidad del 16.43%. Aquí, al igual que en las cuentas anteriores podemos ver que se presentó una pequeña mejora entre el 2001 y el 2002, ya que la disminución de la Utilidad Neta pasó de 20.34% a solamente 16.43%. Algo curioso que cabe mencionar es que en el 2002, a pesar de que se presenta un crecimiento en las ventas del 52%, al mismo tiempo se presenta una disminución del 16.43% en la Utilidad Neta.

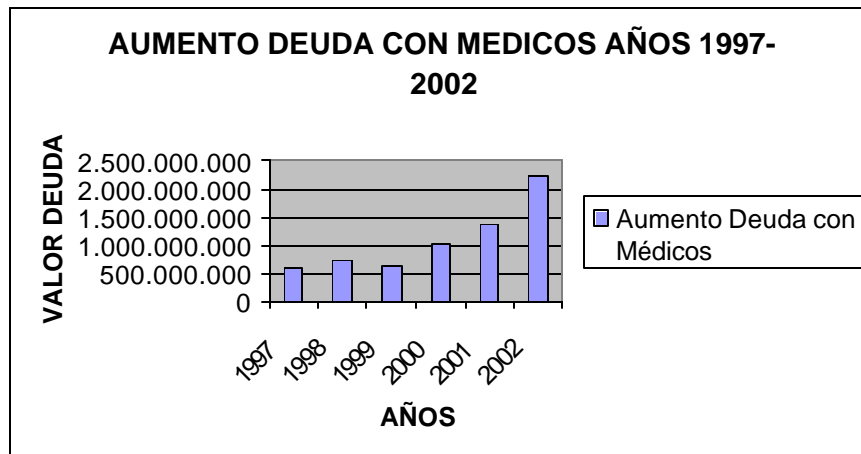
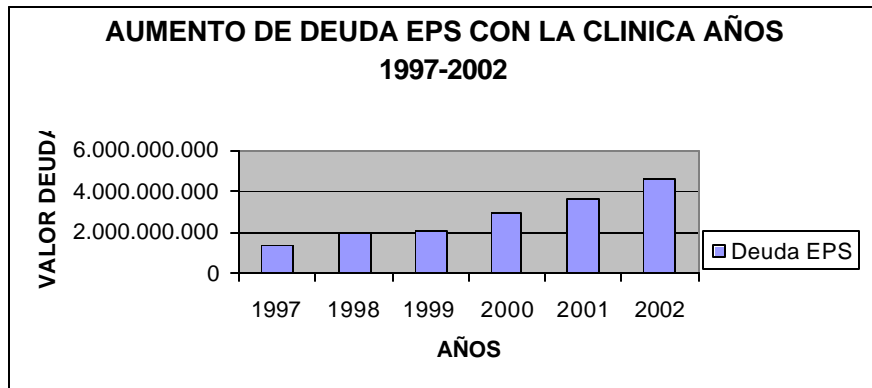
- **Crecimiento Activos:** Como podemos ver en la tabla, los activos han presentado un aumento en el crecimiento entre los años 1997 y 2002. Los activos pasaron de crecer un 12.27% en el 97 a crecer un 21.54% en el 2002.

- **Crecimiento Pasivos:** Como vemos en la tabla, los pasivos también han presentado un aumento en el crecimiento entre los años 1997 y 2002. Los pasivos pasaron de crecer un 23.20% en el 97 a crecer un 27.13% en el 2002. Un aspecto que me parece interesante mencionar es que los pasivos han crecido a una tasa mayor que los activos en todos los años que incluí dentro de mi estudio. Esto nos muestra que la Clínica ha aumentado su pasivo en mayor proporción que su activo.

- **Crecimiento Patrimonio:** Tomando los datos de la tabla, vemos que el patrimonio también ha presentado un aumento en su crecimiento entre los años 1997 y 2002. El patrimonio pasó de crecer un 6.51% en el 97 a crecer un 15.12% en el 2002. Aquí nos damos cuenta que el pasivo ha crecido a una tasa mayor que el patrimonio. Tomando esto en consideración, vemos como el pasivo ha crecido más rápidamente que el activo y el patrimonio del 97 al 2002.

Por último, quiero mostrar 2 gráficos, en los que represento el comportamiento de 2 cuentas que me parecieron realmente preocupantes: la evolución de la deuda que las EPS tienen con la Clínica y la evolución de la deuda que tiene la Clínica con los médicos que trabajan en la Institución. (Los cuadros que se presentan a continuación no tienen en cuenta la inflación ni reconocen intereses a la deuda. Estos representan

solamente el aumento nominal de las deudas de las EPS con la Clínica y las de la Clínica con los médicos de la entidad.



Los cuadros mostrados anteriormente presentan los aumentos nominales de estas cuentas ya que dentro de estas no se han hecho ajustes por inflación ni se han aumentado las cifras con intereses. En otras palabras, la entidad lo único que ha hecho es reconocer el aumento de la deuda por servicios ofrecidos a través de los años que no han sido cancelados.

Observando los cuadros anteriores vemos que la cartera ha crecido en forma descontrolada entre los años 1997 y 2002, pasándose de una deuda de 1400 millones a una deuda de 4600 millones, la cual representa un aumento del 229%. Esta deuda de las EPS con la entidad sigue aumentando debido al retraso en el pago por parte de estas, el cual se ve reflejado en lo expresado por el gerente, el cual expresaba que durante el 2002, todavía se estaba recogiendo cartera de los años 98 y 99.

Otra cuenta que ha aumentado considerablemente entre los años 1997 y 2002, es la que representa la deuda que tiene la empresa con los médicos que trabajan en la entidad. Esta deuda aumentó de 603 millones en el 97 a 2220 millones en el 2002, lo cual representa un aumento del 268%.

Al hablar con los directivos de la empresa, estos manifestaron que estas dos cuentas se encuentran muy relacionadas, ya que debido a que la empresa no recibe pagos suficientes por parte de las EPS, estos han optado por suspender los pagos a los médicos para poder mantener en funcionamiento a la entidad.

Este aumento de deudas por parte de EPS a IPS no es una situación que afecte únicamente a la Clínica, ya que como lo mostré anteriormente, las IPS del todo el país se encuentran en una situación crítica debido a esta situación. Recordemos que en el año 1999, las IPS del país perdieron 70.000 millones de pesos gracias a esta situación.

En conclusión, observando los resultados obtenidos, vemos que se presenta una tendencia de desmejoramiento constante en la mayoría de las razones utilizadas (razones de liquidez, operacionales, endeudamiento, rentabilidad y crecimiento). Esto indica que la empresa no está realizando un control financiero adecuado, ya que la situación financiera empeora cada día, lo cual, sumado a la gran cartera y a la deuda que se tiene con los médicos, puede causar un colapso financiero dentro de la entidad

3.6.2 ANALISIS DE LA SATISFACCION DEL CLIENTE CON LA CLINICA

Cada día se asegura con más frecuencia que el servicio al cliente es la verdadera ventaja competitiva de las empresas, especialmente en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Debido a que el mercado es cada vez más agresivo y dinámico, las empresas deben tener en cuenta este aspecto si quieren ser exitosas. Este aumento de agresividad en el mercado de la salud en Villavicencio puede verse con la creación de la Empresa Saludcoop, la cual, a pesar de haber sido fundada hace solamente 8 años (1995), en el momento cuenta ya con cuatro clínicas distribuidas en sitios estratégicos de la ciudad.

Debido a esta competencia tan agresiva entre empresas, es que se debe tener muy en cuenta el servicio que se le presta al Cliente y la satisfacción que presenta este con la entidad. Sin servicio al Cliente, no se genera valor agregado, el cual es el elemento que asegura la lealtad y la permanencia de los clientes. Teniendo esto en cuenta, las

empresas deben establecer la gerencia de clientes como una estrategia que genera una ventaja competitiva real.

Se puede definir la gerencia de clientes como el conjunto integral y global de estrategias orientadas hacia la anticipación y satisfacción de las necesidades de los clientes, buscando mantener y consolidar su lealtad y permanencia, además de la estabilidad, crecimiento y rentabilidad de la organización.⁹

Dentro de esta definición cabe destacar ciertos puntos. Primero, se dice que es un conjunto integral y global de estrategias, lo cual quiere decir que no es una estrategia puntual. No es un programa temporal, ni es responsabilidad de un área o de una oficina de servicio al cliente. Es responsabilidad de toda la organización. Segundo, se busca anticipar y satisfacer las necesidades de los clientes. Esto quiere decir que con esta estrategia se anticipan los deseos de los clientes y no es solamente un sistema para resolver reclamos. Es por tanto, una actividad gerencial dinámica, permanente e innovadora. Tercero, se tiene como objeto mantener y consolidar la lealtad y permanencia de los clientes. Esto quiere decir que esta estrategia funciona como un sistema de mantenimiento, en el cual se les da igual importancia a los clientes nuevos como a los clientes antiguos. Por último, se dice que con esta estrategia se busca asegurar la estabilidad, crecimiento y rentabilidad de la organización. La estrategia, es por tanto, la que asegura la competitividad de la empresa en mercados agresivos y dinámicos.

⁹ SERNA, Humberto. ¿COMO MEDIR LA SATISFACCIÓN DE CLIENTES? 2001. Página 3.

Esta gerencia tiene varios elementos fundamentales que la integran, entre los que encontramos: conocer al cliente, satisfacer al cliente, escuchar al cliente, tener contacto directo con el cliente, presentar una gerencia que sea visible para el cliente, seguir al cliente posventa y obtener de índices de satisfacción de los clientes.

Teniendo esto en cuenta y observando lo importante que es obtener índices de satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios ofrecidos por la empresa, realice una encuesta con los usuarios de la Clínica.¹⁰

Marco Teórico Del Diseño De La Encuesta

El objetivo principal del estudio es el obtener un índice de la calidad del servicio que presta la Clínica Meta con sus usuarios. Para desarrollar la evaluación del servicio de la Clínica, se realizaron encuestas con cierto número de usuarios de la entidad. La definición del tamaño de la muestra para la encuesta será definido más adelante.

Cabe destacar que las encuestas están basadas en una metodología sistemática y formal mediante la cual se obtienen índices de satisfacción, los cuales indican el nivel de desempeño de la empresa con sus usuarios.

- **Índices:** Se entiende por índice el parámetro de efectividad en el que se encuentra cada una de las variables o ítems que se evalúan dentro del ciclo de servicio de una

¹⁰ El modelo de la encuesta realizada en la Clínica se encuentra en la sección de anexos como ANEXO 1.

institución. Los índices se dividen en 2 principales: perceptivos y reales. Los perceptivos hacen referencia a la imagen o primera impresión que el cliente tiene del servicio (top of mind). Normalmente este índice se indaga al iniciar la evaluación, antes de evaluar todos los momentos de verdad que se tienen con el servicio. Los índices reales evalúan el servicio prestado en cada uno de los momentos de verdad (todos los contactos que tiene el cliente con la organización) del ciclo de servicio de atención al cliente. Dentro de este índice se evalúan tanto aspectos objetivos como aspectos subjetivos del servicio. Los primeros hacen referencia a aspectos como infraestructura, recurso humano e imagen corporativa y los segundos evalúan aspectos como amabilidad, actitud de servicio, liderazgo, valor agregado, entre otros.

También pueden obtenerse índices de competitividad, los cuales dan un parámetro de comparación entre el servicio que presta una organización frente al de su competencia directa.

- **Escalas de calificación de los índices:** Para lograr una óptima generación de los índices es necesario contar con escalas de calificación claras y que realmente midan la efectividad del proceso sobre el cual se está indagando. Usualmente se utilizan escalas de 5 puntos, en las cuales se pueden ver los niveles de calificación alto, medio y bajo.

Dependiendo el aspecto a evaluar, se puede utilizar cualquiera de los siguientes tipos de escala:

Satisfacción

Muy insatisfecho	1
Insatisfecho	2
Medianamente satisfecho (Regular)	3
Satisfecho	4
Muy Satisfecho	5

Calidad

Muy Malo	1
Malo	2
Regular	3
Bueno	4
Muy Bueno	5

Frecuencia

Nunca	1
Casi Nunca	2
Algunas Veces	3
Casi Siempre	4
Siempre	5

Competitividad

Inferior	1
Igual	2
Superior	3

- **Generación de índices:** Tomando en cuenta que el índice es un parámetro de evaluación, éste se calcula según la escala utilizada en cada uno de los momentos de verdad evaluados, a los cuales se les da un valor porcentual (ponderado) según la respuesta que haya marcado el entrevistado, de la siguiente manera:

Para escalas de 5 puntos

Si contestó	Valor Porcentual
5	100%
4	75%
3	50%
2	25%
1	0%

Para escalas de 3 puntos

Si contestó	Valor Porcentual
3	100%
2	66.6%
1	33.3%

Teniendo esto en cuenta, se saca un promedio para cada ítem, con el cual después se saca un promedio total con todos los ítems de la encuesta, el cual es el índice real de satisfacción de la empresa.

- Interpretación de los índices: Teniendo en cuenta la clasificación que hace la ISO 9000 para empresas de servicios, los resultados de los índices pueden ser ubicados dentro de la siguiente escala:

Servicio Excelente	100%
Servicio Bueno	90%
Servicio Aceptable	80%
Servicio Regular	70%
Servicio Malo	60%
Servicio Muy Malo	50% o menos

- **Índice Perceptivo vs Índice Real:** Realizando una comparación entre los 2 principales índices obtenidos (perceptivo y real), se puede efectuar un análisis de lealtad de los clientes entrevistados. Si el índice perceptivo es mayor que el real, se considera que el cliente es leal, debido a que este tiene la imagen de un servicio mucho mejor de el que verdaderamente está recibiendo. Si el índice perceptivo es menor que el real, se vislumbra una tendencia a la deslealtad, ya que el cliente tiene una imagen peor de lo que verdaderamente esta recibiendo. Si el índice perceptivo es igual al real, el cliente tiene una imagen acorde a la realidad del servicio que recibe.

Definición Del Tamaño De La Muestra

Para definir el tamaño de la muestra utilice la fórmula estadística que se utiliza para definir los tamaños de muestra representativos para este tipo de estudios.

$$n = [(z)^2 * (d)^2] / [\text{Error de estimación}]^2$$

Para mi encuesta utilicé un nivel de confianza del 95% y un error de estimación de 0.3. Al reemplazar estos valores en la fórmula, me dio como resultado que debía realizar 99 encuestas. La técnica que utilice para realizar las encuestas fue un muestreo por conveniencia, ya que me ubiqué en áreas de la Clínica (consulta externa, consultorios de especialistas, hospitalización, urgencias, droguería y área de fisioterapia) donde sabía

que le podía realizar la encuesta a los usuarios. Cabe mencionar que las encuestas fueron realizadas en forma personalizada con motivo de aclararle las dudas que pudieran presentársele al encuestado.

Resultados De La Encuesta De Satisfacción De Los Clientes

1. ÍNDICE PERCEPTIVO GENERAL CLÍNICA	61,76%
2. Motivo de utilización servicios Clínica	
Seriedad de la institución	17,65%
Calidad del recurso humano	11,76%
Cumplimiento de compromisos	5,88%
Prestigio de la Clínica	0,00%
Tradición y trayectoria de la Institución	0,00%
Otro motivo	64,71%
3. Imagen de la Clínica	
Seriedad	66,18%
Respaldo	69,12%
Confianza	69,12%
Servicio personalizado	61,76%
Gama de servicios	67,65%
TOTAL	66,76%
4. Calificación General Médicos	
Amabilidad	77,94%
Presentación personal	80,88%
Interés pacientes	80,88%
Conocimientos	80,88%
TOTAL	80,51%
5. Calificación General Enfermeras	
Amabilidad	75,00%
Presentación personal	72,73%
Disposición de ayuda	75,00%
TOTAL	74,24%
6 Calificación General Demás Personal	
Amabilidad	70,00%
Presentación personal	80,00%
Disposición ayuda	75,00%
TOTAL	75,00%
8. Satisfacción Consulta Externa basada en tiempo	
Tiempo de espera	48,33%
Respeto a los turnos	66,67%
TOTAL	57,50%

9. Tiempos de espera Consulta Externa	
Menos de 10 minutos	20,00%
Entre 10 y 20 minutos	20,00%
Entre 20 y 30 minutos	6,67%
Más de media hora	53,33%
10, a. Calificación Recepcionista Consulta Externa	
Amabilidad	63,33%
Presentación personal	73,33%
Apoyo para facilitar ingreso	70,00%
Orientación brindada	73,33%
Ayuda adjudicación citas	67,86%
TOTAL	69,57%
10. b. Calificación Médico Consulta Externa	
Amabilidad	76,92%
Presentación personal	78,85%
Habilidad para interactuar	80,77%
Conocimiento materia	78,85%
Calidad de la información	76,92%
Interés prestado	76,92%
Asesoría prestada	76,92%
TOTAL	78,02%
12, % de Personas que van con especialistas	
Dermatología	17,65%
Traumatología	5,88%
Radiología	11,76%
Urología	23,53%
Ginecología	23,53%
Odontología	11,76%
Cardiología	5,88%
13.Satisfacción Consulta Especialista basado en tiempo	
Tiempo de espera	85,34%
Respeto a los turnos	92,17%
TOTAL	88,76%
14, Tiempos de espera Consulta Especialista	
Menos de 10 minutos	85,36%
Entre 10 y 20 minutos	14,64%
Entre 20 y 30 minutos	0,00%
Más de media hora	0,00%
15, a. Calificación Recepcionista Consulta Especialista	
Amabilidad	78,85%
Presentación personal	89,25%
Apoyo para facilitar. Ingreso	85,32%
Orientación brindada	86,45%
Ayuda adjudicación citas	87,32%
TOTAL	85,44%

15. b. Calificación Médico Especialista	
Amabilidad	86,35%
Presentación personal	89,42%
Habilidad para interactuar	92,32%
Conocimiento materia	95,42%
Calidad de la información	80,25%
Interés prestado	83,47%
Asesoría prestada	82,45%
TOTAL	87,10%
17. Satisfacción Hospitalizados	
Atención prestada	85,00%
Interés prestado recuperación	75,00%
Solución inquietudes	80,00%
Calidad comida	65,00%
Comodidad habitación	75,00%
TOTAL	76,00%
18. a. Calificación Doctores Hospitalización	
Amabilidad	70,00%
Habilidad para interactuar	75,00%
Solución inquietudes	75,00%
Interés en recuperación	65,00%
Frecuencia vistas evolución	60,00%
TOTAL	69,00%
18. b. Calificación Enfermeras Hospitalización	
Amabilidad	75,00%
Habilidad para interactuar	75,00%
Solución inquietudes	70,00%
Interés en recuperación	75,00%
Disposición de atención	75,00%
TOTAL	74,00%
20. Satisfacción Terapia Física	
Atención prestada	85,00%
Amabilidad personal	90,00%
Solución inquietudes	87,50%
Calidad implementos	75,00%
Tiempo de espera	80,00%
TOTAL	83,50%
21. Calificación Terapeuta	
Amabilidad	85,00%
Habilidad de interacción	80,00%
Solución a inquietudes	81,25%
Interés recuperación	85,00%
Disposición para ejecución Tratamiento	85,00%
Presentación personal	90,00%
TOTAL	84,38%

23.Satisfacción Urgencias	
Atención prestada	51,92%
Rapidez atención	42,31%
Solución a inquietudes	51,92%
Conocimiento doctor turno	67,31%
Amabilidad doctor	65,38%
Amabilidad enfermera	67,31%
TOTAL	57,69%
24. Calificación Clínica	
Ubicación	80,88%
Parqueadero	47,06%
Orden y aseo	75,00%
Distribución áreas	77,94%
Instalaciones físicas	76,47%
Dotación implementos	69,12%
TOTAL	71,08%
26. Calificación Droguería	
Amabilidad personal	77,27%
Rapidez atención	72,73%
Precios medicamentos	75,00%
Variedad medicamentos	56,82%
TOTAL	70,45%
29. Comparación otras IPS	56,08%

Como el objetivo de esta encuesta es obtener un índice real de la opinión que tienen los usuarios de los servicios que presta la Clínica agrupé los resultados por áreas, para saber cuales de estas son las que se encuentran en estado crítico según la calificación dada por los pacientes (la agrupación se encuentra en la siguiente página). Teniendo esta agrupación, puedo obtener el índice real mediante el promedio de los resultados obtenidos por cada una de las áreas, con el objetivo de ver si el índice real es menor o mayor que el perceptivo.

Al obtener el índice real también podemos saber cual es el grado de lealtad de los usuarios con la Institución, ya que si los pacientes presentan un índice perceptivo menor

que el real, esto significa que estos no son leales y que en el momento que consideren necesario se cambiarán de IPS.

Imagen de la Clínica	66,76%
Calificación General Médicos	80,51%
Calificación General Enfermeras	74,24%
Calificación General Demás Personal	75,00%
Satisfacción Consulta Externa basada en tiempo	57,50%
Calificación Recepcionista Consulta Externa	69,57%
Calificación Médico Consulta Externa	78,02%
Total Calificación Consulta Externa	68,36%
Satisfacción Consulta Especialista basado en tiempo	88,76%
Calificación Recepcionista Consulta Especialista	85,44%
Calificación Médico Especialista	88,92%
Total Calificación Consulta Especialista	87,70%
Satisfacción Hospitalizados	76,00%
Calificación Doctores Hospitalización	69,00%
Calificación Enfermeras Hospitalización	74,00%
Total Calificación Hospitalización	73,00%
Satisfacción Terapia Física	83,50%
Calificación Terapeuta	84,38%
Total Calificación Área Terapia Física	83,94%
Calificación Área Urgencias	57,69%
Calificación Clínica	71,08%
Calificación Droguería	70,45%
Comparación Otras IPS	56,08%
ÍNDICE REAL DE LA CLÍNICA	72,07%

Observando los resultados obtenidos vemos que según los usuarios de la entidad, la Clínica presta un servicio aceptable en cuanto a la planta de médicos que tiene (80.51%), al servicio en el área de consultas de especialistas (87.70%) y al servicio en el área de terapia física (83.94%). Según los usuarios entrevistados, la Clínica presta un servicio regular en cuanto a la planta de enfermeras que tiene (74.24%), al demás personal con que cuenta (75%), al servicio que presta en hospitalización (73%), a la calificación de la clínica en general (71.08%) y a la calificación de la droguería

(70.45%). También, según los clientes entrevistados, se ve que la Clínica tiene una calificación mala en cuanto a la imagen que proyecta (66.76%) y el servicio de consulta externa (68.36%). Por último, según lo expresado por la gente vemos que ellos consideran que la Clínica presta un servicio muy malo en el área de urgencias (57.69%).

Para comparar el servicio de la Clínica con el de otras IPS se indagó entre los encuestados quienes habían recibido atención en otras entidades diferentes a la Clínica. A los usuarios que habían recibido atención en entidades diferentes a la Clínica se les pidió que compararan el servicio de esta con el de las demás instituciones, obteniéndose un índice del 56.08%, lo cual indica que la gente encuestada califica la labor de la Clínica mala comparada con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Observando los resultados obtenidos vemos que las áreas más críticas dentro de la Clínica son el área de urgencias y el área de consulta externa. Según lo expresado por los usuarios, el mayor problema que se presenta en el área de urgencias es que hay mucha demora en la atención debido a la gran cantidad de gente que frecuentemente se encuentra esperando ser atendida. Una de las causas de este problema es que solamente se mantienen un médico general y una enfermera atendiendo. Dentro del área de consulta externa se presenta una situación similar, hay mucha demora en la atención, y según lo expresado por el 53.33% de los encuestados, la demora puede ser de hasta de más de media hora. Otro aspecto que causa inconformidad entre los encuestados es la demora para otorgar autorizaciones, ya sea para la aprobación de medicamentos o adjudicación de nuevas citas. Esto se debe a que todas las EPS que tienen contrato con

la Clínica tienen que ir al mismo lugar para otorgar las autorizaciones de medicamentos y citas.

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta es la diferencia entre el índice perceptivo y el índice real. El índice perceptivo de la Clínica es de 61,76%, mientras que el índice real es de 72.07%. La Clínica tiene un índice perceptivo menor que el real, lo cual quiere decir que la gente considera que están recibiendo un servicio peor al que verdaderamente están recibiendo. Analizando esto, vemos que la Clínica no tiene un alto nivel de lealtad, ya que los usuarios, al tener un índice perceptivo menor que el real, pueden estar tentados a cambiarse de entidad en cualquier momento.

Hablando con el gerente de la Clínica y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción de los clientes, se hace claro que la entidad no presenta una gerencia de clientes clara. Esta es una situación perjudicial para la entidad, ya que al no tenerse en cuenta a los clientes, se presentan altos grados de insatisfacción en muchas áreas de la entidad.

3.6.3 ANÁLISIS GERENCIAL Y DE GESTIÓN

El principal factor de producción en un hospital lo constituye el recurso humano, el cual por su naturaleza, responde de modo diferente a las circunstancias en las que se dé el proceso productivo. Por lo tanto, la gestión institucional es un proceso complejo que

apunta a crear las condiciones propicias en las cuales tanto los recursos humanos y físicos como los técnicos y financieros crean una sinergia productiva eficiente.

De acuerdo a un estudio realizado por la Escuela de Salud de la Universidad de Harvard, los problemas administrativos son una de las principales razones por las cuales hay bajos niveles de eficiencia en la producción de servicios. La meta de este estudio era describir las estructuras organizativas de los hospitales, los recursos que tenían y la forma como se manejaban, al igual que relacionar sus características institucionales con los indicadores de productividad. En este estudio se encontraron problemas como el que, a pesar de que los hospitales habían empezado un proceso de planeación estratégica y establecimiento de una misión corporativa, esta no había sido dada a conocer a los empleados. Igualmente, se encontraron otros problemas como: poco uso de incentivos a empleados, inexistencia de sistemas de información en la mayoría de las instituciones y mecanismos débiles para el control y mejoramiento de la calidad.¹¹

Para solucionar este tipo de problemas, se propuso realizar análisis gerenciales y de gestión con los cuales se pudiera establecer como se comportaban los hospitales.

Teniendo esto en cuenta, realicé un análisis gerencial y de gestión en la Clínica en el cual quise analizar factores como la dirección de la empresa, el manejo del recurso humano y las comunicaciones internas que se manejan dentro de la entidad.

¹¹ GIEDION, Ursula. MEDICIÓN DE LA EFICIENCIA ECONÓMICA Y DE GESTIÓN EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DEL DISTRITO CAPITAL. 1999. Página 58.

3.6.3.1 FACTORES QUE DETERMINAN UNA GESTIÓN EFICIENTE

Dentro de una empresa, una buena gestión se encuentra determinada por un sinnúmero de factores que son el resultado de condicionamientos internos y externos del funcionamiento mismo de la Institución. A continuación, se destacan los principales factores que intervienen o están asociados en el proceso de gestión institucional.

La Dirección

Normalmente, las organizaciones están conformadas por una serie de áreas interdependientes que coexisten para alcanzar metas comunes, pero que simultáneamente persiguen objetivos propios, algunos de los cuales pueden estar en contraposición con los objetivos de las demás áreas existentes. Según lo expresado por Ursula Giedión, en su libro “Medición de la eficiencia económica y de gestión en los hospitales públicos del Distrito Capital”, en los hospitales es común encontrar divergencias en las áreas pertenecientes a estos. Un ejemplo muy común, es el caso de los médicos y los administradores, siendo los primeros los encargados de buscar los mejores resultados para sus pacientes y los segundos de lograr los mejores resultados económicos para la organización, intereses que generalmente van por caminos opuestos y que en determinadas circunstancias se vuelven contradictorios.

Por la divergencia de objetivos e intereses es absolutamente necesaria la presencia de una buena dirección, la cual busca ante todo el cumplimiento de los objetivos de la

organización, mediante la suboptimización de los intereses de cada área en particular, en aras de lograr un óptimo común que de alguna manera satisfaga los intereses y necesidades de todos. Por tanto, la dirección tiene entre sus principales funciones la coordinación de las áreas, la resolución de los conflictos horizontales y verticales, la coordinación de los requerimientos externos y los recursos internos y la adjudicación de recursos.

Para lograr lo mencionado anteriormente, la dirección debe establecer la misión, la visión y los objetivos de la empresa, comunicarlos adecuadamente y promover su cumplimiento. Una persona que entienda y crea en la misión y la visión de la organización, comprenderá que es solamente parte de un gran rompecabezas. Con una actitud así, la persona será capaz de sacrificar sus ambiciones personales para lograr las metas de la Institución.

En Colombia, es común observar que las instituciones hospitalarias no cuentan con una misión, una visión y unos objetivos claramente establecidos. Un ejemplo de la misión más común en este tipo de instituciones es “prestar un servicio a la comunidad”, misión que crea ambigüedad. Una misión claramente establecida debe precisar el porqué, el qué, el cómo, el cuando, el con qué y el a quién están dirigidos todos los esfuerzos que realiza la institución.¹²

¹² GIEDION, Ursula. MEDICIÓN DE LA EFICIENCIA ECONÓMICA Y DE GESTIÓN EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DEL DISTRITO CAPITAL. 1999. Página 60.

El Manejo Del Recurso Humano

- **El comportamiento del recurso humano:** Varias teorías han tratado de explicar a lo largo del tiempo, los conceptos básicos del comportamiento del recurso humano y han sugerido una serie de estrategias para el logro de mejores resultados. Algunos ejemplos de estos son la ciencia del comportamiento, la cual subrayó la importancia de la integración y la participación y destacó la idea de que el área gerencial debe aceptar como valor básico la necesidad de mejorar consciente y continuamente la calidad de la vida laboral como medio para obtener mayor motivación y mejores resultados.

- **El diseño de los cargos y el manejo del cambio:** Un aspecto fundamental en la administración es el diseño de cargos, con el cual se busca maximizar la eficiencia, la productividad y la satisfacción del empleado. El enriquecimiento de los cargos incrementa el interés y el desafío por el trabajo. La estructura organizativa, a su vez, tiene que facilitar el proceso de integración y control. El sistema y la estructura de control no deben ni pueden inhibir la toma de decisiones ni la creatividad e iniciativa de las personas.

De otro lado, los programas de organización y manejo de recursos humanos se vuelven relevantes para establecer como se desarrolla el proceso de coordinación e integración entre las distintas dependencias de una empresa. Para que las distintas dependencias de una empresa promuevan y faciliten el trabajo en equipo deben establecerse claramente

la forma en que se manejan los conflictos, la resistencia al cambio y el compromiso con los objetivos institucionales.

- **La cultura corporativa:** La cultura corporativa es un factor clave para alcanzar el éxito, pero no es fácil de manejar. Cambiar una cultura que esté profundamente arraigada es muy difícil ya que los viejos hábitos son de difícil erradicación. Quizá por ello, sólo se aconseja un cambio cultural cuando la organización tiene valores poderosos que no se ajustan a un ambiente cambiante o cuando el sector es muy competitivo y dinámico.

En la actualidad, los hospitales en Colombia se encuentran en una situación de evaluación y cambio de las culturas corporativas. Nunca antes se había observado un entorno con transformaciones tan aceleradas, y muchas de las organizaciones del sector de la salud apenas se están acomodando al cambio explícito de valores. La industria se ha vuelto demasiado competitiva y las instituciones están obligadas a aumentar su productividad hasta niveles que hagan sostenibles su supervivencia y crecimiento, de lo contrario desaparecerán.¹³

- **El trabajo en equipo:** El trabajo en equipo se basa en valores, actitudes, sentimientos y destrezas y es fundamental para la excelencia en el servicio y la calidad dentro de una empresa, independientemente de la estructura de esta. En realidad, un equipo sin trabajo en equipo es sólo un nombre. El auténtico trabajo en equipo se manifiesta en un grupo

¹³ GIEDION. Op. Cit, Página 70.

de personas que trabajan en colaboración para cumplir un propósito común. La pregunta que se hace es de que forma los hospitales responden a este concepto. La experiencia anecdótica sugiere que actualmente en el sector salud en Colombia, se está manejando una aparente estructura de equipos con múltiples reuniones y tareas sin objetivos, las cuales utilizan tiempo y recursos, pero no contribuyen verdaderamente al bienestar de la organización.¹⁴

- La motivación, la retribución y los incentivos: Otro factor de vital importancia en el manejo del recurso humano es el relacionado con la motivación, elemento indispensable para el mantenimiento de la cultura y los valores corporativos. La motivación es posible cuando existe una relación claramente establecida entre el desempeño y el resultado y si se considera que el resultado va a satisfacer las necesidades. Esto explica por que un sistema de incentivos solo funciona si es claro el vínculo entre el esfuerzo y el resultado y si el valor del resultado merece este esfuerzo.

Múltiples investigaciones han llevado a la conclusión de que es el deseo de cubrir las necesidades lo que motiva el actuar de la gente. Herzberg propone un modelo de dos factores que se relacionan con el concepto anterior: los agentes de satisfacción y de insatisfacción. Los primeros se enlazan con el logro, el reconocimiento, el trabajo mismo, la responsabilidad y el progreso, y los segundos con la política y administración de las empresas, la supervisión técnica, el salario, las relaciones con la supervisión y las condiciones laborales. Descuidar el último grupo causa insatisfacción, pero atenderlo

¹⁴ IBID Página 71.

no necesariamente produce satisfacción. La satisfacción duradera solo puede darse fomentando el primer grupo de factores.

Entre los métodos más conocidos de motivación, se encuentran el de retribución en dinero, el cual es altamente efectivo, sin que constituya la panacea. Se debe utilizar como motivador y evitar que actúe como desmotivador. Un sistema de incrementos con niveles salariales competitivos para atraer y retener a la gente, debe reflejar el valor que el trabajo de las personas tiene para la empresa. El trabajo debe ser pagado de manera justa y equitativa y su remuneración debe estar relacionada con el desempeño o los resultados siempre que sea posible, ofreciendo así un incentivo directo.

Sin embargo, cabe destacar, que en una empresa no es suficiente el ofrecer retribuciones e incentivos. Las personas tienen que saber lo que se espera que hagan y que le pasará si no lo hacen (hacer explícitos los requerimientos, las retribuciones y las sanciones).

- **La evaluación del desempeño:** Otro elemento importante dentro del contexto de la administración de instituciones es el relacionado con la evaluación del desempeño del recurso humano. En general, podría afirmarse que en el país no hay otro aspecto de la gerencia de recursos humanos que sea tan mal manejado. A las personas suele juzgárseles superficialmente y con prejuicios, a la vez que se les mantiene ignorantes de lo que se piensa de su trabajo, si lo están haciendo bien, mal o regular. Esto conduce de manera inevitable a la desmotivación, la relajación y a un desempeño deficiente continuo.

En Colombia, el Departamento del Servicio Civil, estableció un instrumento de calificación para el sector de la salud. Algunos de los aspectos que se evalúan son asistencia y puntualidad, aplicación de conocimientos, relaciones interpersonales y responsabilidad.

- La inducción, el entrenamiento y la actualización: La inducción es un proceso necesario para la incorporación del trabajador a la empresa de la mejor manera y lo más rápido posible. Con ella se busca que el funcionario obtenga los conocimientos esenciales sobre la organización, su misión, valores y objetivos, el cargo que va a desempeñar y sus características, responsabilidades y resultados esperados; las relaciones con las demás dependencias que intervienen en el proceso productivo y aspectos relacionados a remuneración, incentivos, capacitación y actividades de tipo informal.

Dentro de la capacitación se deben cubrir aspectos importantes como el conocimiento, que es lo que el trabajador necesita saber y las capacidades, que es lo que el trabajador necesita estar en capacidad de hacer si se quiere alcanzar los resultados.

Los servicios de capacitación son muy vulnerables al despilfarro porque dependen de los niveles de destreza y motivación tanto de quienes enseñan como de los alumnos y requieren seguimiento y refuerzos continuos. Las organizaciones con frecuencia obtienen bajo rendimiento sobre sus inversiones en capacitación y entrenamiento, y lo

que es peor, es posible que los gerentes no se enteren de esa realidad dentro de la institución.

Medir la eficacia de la capacitación y entrenamiento es fundamental dentro del mejoramiento de la organización. Es importante preguntarse si los subalternos están aprendiendo lo necesario para prestar servicios de alta calidad a los usuarios, si se confiere la suficiente atención al desarrollo tanto de destrezas como de conocimientos, independientemente de la categoría o cargo del trabajador y si este proceso se realiza de manera continua.

Las Comunicaciones Internas

Para una organización es muy importante contar con canales de comunicación expeditos y eficaces establecidos formalmente, con los cuales los empleados puedan solucionar sus problemas o satisfacer sus necesidades. En el medio hospitalario colombiano es común observar una ruptura de las comunicaciones entre los directivos y los demás funcionarios, lo cual lleva a que se creen poderosos sistemas informales de comunicación que afectan el funcionamiento normal de la organización.

3.6.3.2 RESULTADOS ANALISIS DE GESTIÓN CLINICA META

Manual De Funciones

Al preguntarle a los empleados si existía un manual de funciones claro y específico para cada cargo, solamente el 30.77% contestaron que si. Algunos empleados manifestaron que se les había encargado la realización del manual de funciones para sus respectivos cargos, ya que este era inexistente.

Misión y Visión

Al preguntarle a los empleados si existía una misión clara de la Clínica, el 38.46% manifestó que si, y al preguntarles si existía una visión clara el 61.54% manifestó que si. Sin embargo, al preguntarles cuales eran la misión y la visión de la empresa, el 100% de las personas encuestas manifestaron desconocimiento de estas. Un aspecto que me llamó mucho la atención fue que muchas personas me pidieron que les explicara lo que eran la misión y la visión de una empresa, ya que no se encontraban familiarizados con estos conceptos.

Organigrama

Al preguntar sobre el organigrama de la Clínica, el 53.85% de los encuestados manifestaron que este existía en la Institución, pero solamente el 15.38% manifestó que este era claro en la descripción de las funciones de los empleados.

Objetivos y Estrategias Globales De Funcionamiento

Para mi sorpresa, el 100% de los encuestados manifestaron que la empresa no había precisado objetivos y estrategias globales de funcionamiento o si lo habían hecho, no lo habían comunicado abiertamente.

Control Interno y Gestión

Con respecto a los mecanismos de control interno, el 53.33% de los encuestados manifestó que se realizaban auditorias administrativas, el 20% manifestó que se realizaban auditorias financieras, el 6.67% que se realizaba control de calidad, el 6.67% que se realizaban otros métodos y el 13.33% manifestó que no se realizaba ningún tipo de control interno.

Evaluación Del Desempeño

Con respecto a la evaluación del desempeño, el 13.33% de los encuestados manifestó que se realizaban pruebas de conocimientos teóricos, el 20% que se realizaban pruebas de conocimientos prácticos y el 60% que no se realizaba ningún tipo de evaluación del desempeño.

Indicadores De Gestión y Estrategia De Calidad

Con respecto a los indicadores de gestión hospitalaria, el 30.77% de los encuestados declaró que existían índices de gestión hospitalaria y una estrategia de calidad. Al preguntarles cuales instrumentos específicos de gestión de calidad existían, el 41.67% manifestó que se realizaban auditorias médicas, el 41.67% declaró que existía una oficina de quejas y reclamos y el 16.67% manifestó que se realizaban encuestas de satisfacción de usuarios. Un dato que me llamó la atención fue que al preguntársele a los empleados si existía una capacitación para la calidad en la Clínica, el 100% de estos contestó que esta era inexistente.

Comunicación Interna En La Clínica

Solamente el 30.77% de los empleados manifestó que la comunicación dentro de la Clínica era eficiente y efectiva, mientras que solamente el 23.08% manifestó que esta fluía ágilmente. Estos índices muestran que los empleados piensan que la comunicación interna que se maneja en la empresa no es la más adecuada.

Formas De Comunicación Interna

Al preguntarle a los empleados la forma en que se comunicaban las decisiones en la empresa, se encontró el siguiente resultado: el 19.05% de los encuestados manifestó que estas se comunicaban mediante reuniones personales, el 23.81% manifestó que se

comunicaban mediante reuniones grupales, el 9.52% mediante el uso de carteleras, el 19.05% mediante el uso de boletines y memorandos y el 28.57% mediante el uso de circulares.

Mecanismos De Participación

Solamente el 38.46% de los empleados manifestó que en la Clínica existían mecanismos de participación.

Departamento De Personal

Solamente el 61.54% de los encuestados manifestó que existía un departamento de personal. Este dato me causó sorpresa, ya que, tal y como lo exprese anteriormente, al hablar con el gerente, este me comentó que la empresa se encontraba en un proceso de actualización de hojas de vida con el departamento de personal, lo cual llevaría a pensar que el 100% de los empleados debían estar familiarizados con este departamento.

Mecanismo De Selección De Personal

Al preguntársele a los empleados el método de selección de personal, el 7.69% manifestó que este proceso se realizaba mediante concurso de méritos por convocatoria interna, el 53.85% manifestó que se realizaba mediante recomendaciones y el 38.46% manifestó que se realizaba mediante otro mecanismo.

Proceso De Inducción

Al preguntársele a los empleados sobre los procesos de inducción, el 69.23% manifestó que esta se realizaba siempre, el 7.69% manifestó que esta se realizaba casi siempre y el 23.08% manifestó que esta se realizaba algunas veces. El 7.69% de los encuestados manifestó que la inducción duraba 1 día, el 53.85% que la inducción duraba una semana, el 23.08% que la inducción duraba 2 semanas, el 7.69% que la inducción duraba 1 mes y el 7.69% que la inducción duraba más de 1 mes. Al preguntárseles sobre el tipo de inducción, el 53.85% contestó que esta era de tipo específico, el 23.08% que esta era tipo general y el 23.08% restante que esta era tanto específica como general.

Plan De Carrera

Al preguntársele a los empleados si ellos creían que existía un plan de carrera dentro de la clínica solamente un 15.38% respondió afirmativamente.

Sanciones E Incentivos

Al preguntar el tipo de incentivos que existían, el 15.38% de los encuestados manifestó que se utilizaba la suspensión temporal, el 23.08% que se utilizaba la suspensión definitiva, el 53.85% que se utilizaba la amonestación verbal y el 7.69% que se utilizaba la amonestación escrita. Al preguntar sobre incentivos, el 100% de los encuestados manifestó que estos no existían en la Institución.

Encuestas De Satisfacción De Los Empleados

Al preguntarle a los empleados si se habían realizado encuestas de satisfacción en la empresa, el 100% de estos respondió que no.

Resultados De La Encuesta De Satisfacción De Los Empleados

Como se sabe, los empleados son fundamentales para el funcionamiento de cualquier empresa, ya que ellos forman parte de la estructura que hace que una entidad funcione a la perfección o vaya al fracaso. Tomando esto en consideración, decidí hacer una encuesta dentro de la entidad para saber que tan satisfechos se sentían los empleados con la Clínica.¹⁵ Para esta encuesta se utilizó el mismo marco teórico y las mismas escalas de calificación utilizadas en las encuestas con los clientes. El tamaño de la muestra se definió de la misma manera que con la encuesta de clientes, dando como resultado que también debían entrevistarse a 99 personas para que la muestra fuera representativa. Esta encuesta se realizó con el objetivo de conocer la opinión que tienen los empleados sobre la empresa y para establecer un índice perceptivo y real, pero esta vez basado en el pensamiento de los empleados.

¹⁵ La segunda parte de la encuesta a empleados indaga sobre la satisfacción que estos tienen con la entidad. Las preguntas sobre satisfacción comienzan en la pregunta 29 y terminan en la pregunta 35.

29. ÍNDICE PERCEPTIVO CLÍNICA	63,46%
30. Motivos para trabajar en la Clínica	
Seriedad de la institución	23,08%
Prestigio	38,46%
Tradición y trayectoria	0,00%
Otro motivo	38,46%
31. Satisfacción específica	
Ambiente de trabajo	78,85%
Salario	59,62%
Horario laboral	71,15%
Autonomía y poder de decisión	67,31%
TOTAL	69,23%
32. Calificación Médicos	
Amabilidad	81,25%
Presentación Personal	76,92%
Interés por pacientes	67,31%
Conocimiento médico	73,08%
Cumplimiento de horario	73,08%
Respeto por colegas y demás compañeros de trabajo	73,08%
TOTAL	74,33%
33. Calificación Enfermeras	
Amabilidad	73,08%
Presentación personal	78,85%
Disposición de servicio	73,08%
Cumplimiento de horario	75,00%
Respeto compañeros	69,23%
TOTAL	73,85%
34. Calificación General Demás Personal	
Amabilidad	71,15%
Presentación personal	73,08%
Disposición para servir	73,08%
Cumplimiento de horario	76,92%
Respeto compañeros	73,08%
TOTAL	73,46%
35. Calificación Clínica	
Ubicación	78,85%
Disponibilidad parqueadero	69,23%
Orden y aseo	73,08%
Distribución área	71,15%
Instalaciones físicas	59,62%
Dotación de implementos	53,85%
Sueldos ofrecidos	57,69%
Pago cumplido de salarios	34,62%
TOTAL	62,26%
ÍNDICE REAL CLÍNICA	70,63%

Observando los resultados obtenidos, vemos que se tiene una situación similar a la obtenida con la encuesta realizada a usuarios donde el índice perceptivo es menor que el índice real. En la encuesta de empleados se obtuvo un índice perceptivo del 63,46% y un índice real de 70,63%, lo cual indica que los empleados no se encuentran muy satisfechos con la empresa ya que tienen tanto un índice perceptivo como un índice real de la empresa muy bajos. Observando los resultados obtenidos, vemos que la fidelidad de los empleados tampoco es muy buena, ya que al tener un índice perceptivo menor que el real, se ve que la lealtad de los empleados hacia la Clínica no es la mejor.

Los aspectos más críticos mencionados por los empleados en la encuesta fueron los relacionados con los sueldos ofrecidos y con el pago de estos. Según lo expresado por los empleados, los salarios ofrecidos por la entidad no son los mejores, sin embargo, lo que más los molesta es que el pago de estos no se hace regularmente ya que pueden pasar hasta 2 meses en los que no reciben el pago por su trabajo, situación que les causa gran descontento.

Al analizar todos los datos reunidos con la encuesta, podemos ver que existe desconocimiento sobre muchos aspectos importantes de la Clínica. Me atrevo a hacer esta afirmación debido a que en el momento de realizar las encuestas se notaba que había muchas cosas que el empleado no conocía y que adivinaba con tal de no quedarse callado. Con esta encuesta también me pude dar cuenta que la gerencia tiene gran responsabilidad en este desconocimiento por parte de los empleados con la entidad, ya

que no existen manuales de función claramente establecidos, indicadores de gestión a evaluarse, mecanismos de sanción e incentivos claros, etc. También ratifiqué esta información cuando hablé con el gerente de la entidad, ya que este me confirmó la inexistencia de parámetros claros en lo referente al manejo de empleados y a la planeación a futuro de la empresa.

3.6.4 ANALISIS ESTRATÉGICO

Por último, considero que es muy importante realizar un análisis estratégico del funcionamiento de la Clínica. Para analizar esta parte tan importante de la Empresa planeo realizar un análisis DOFA. También pienso utilizar el modelo de las 5 fuerzas de Porter para establecer la posición estratégica de la Institución hospitalaria.

3.6.4.1 ANALISIS DOFA CLINICA META

DEBILIDADES

- Disminución de los márgenes Brutos y Operacionales entre el año 97 y el 2002.
- Crecimiento cada vez menor de Ventas, Utilidad Bruta y Utilidad Neta.
- Crecimiento exponencial de la cartera entre los años 97 y 2002. Se pasó de tener una cartera de 1400 millones a una cartera de 4600 millones.
- Crecimiento exponencial de la deuda de la Clínica con los médicos de la Institución.

En el momento se les debe 2260 millones de pesos.

- Índice real de satisfacción de los clientes con la Clínica bajo (72.08%). Esta puede ser una debilidad muy importante ya que se ve que existe insatisfacción y poca fidelidad con la Institución.
- Ausencia de una gerencia de clientes claramente establecida.
- Servicio de urgencias muy malo y de consulta externa malo (Esto lo afirmo basado en los resultados de la encuesta de satisfacción del cliente).
- Falta de planeación estratégica dentro de la Institución.
- Ausencia de objetivos y estrategias globales de funcionamiento.
- Falta de evaluación del desempeño de los empleados.
- No conocimiento por parte de los empleados de la misión y la visión de la empresa.
- Falta de políticas de incentivos o de sanciones claras.
- Falta de compromiso por parte de los directivos de la Institución para comunicar las decisiones con respecto a la empresa.

OPORTUNIDADES

- Aumento de l potencial de clientes debido al aumento poblacio nal dentro de la ciudad.
- Necesidad de centros asistenciales hospitalarios con servicios tan completos como el de la Clínica.
- Posibilidad de alianzas con nuevas EPS, con las cuales la Clínica pueda adquirir un mayor número de clientes.

FORTALEZAS

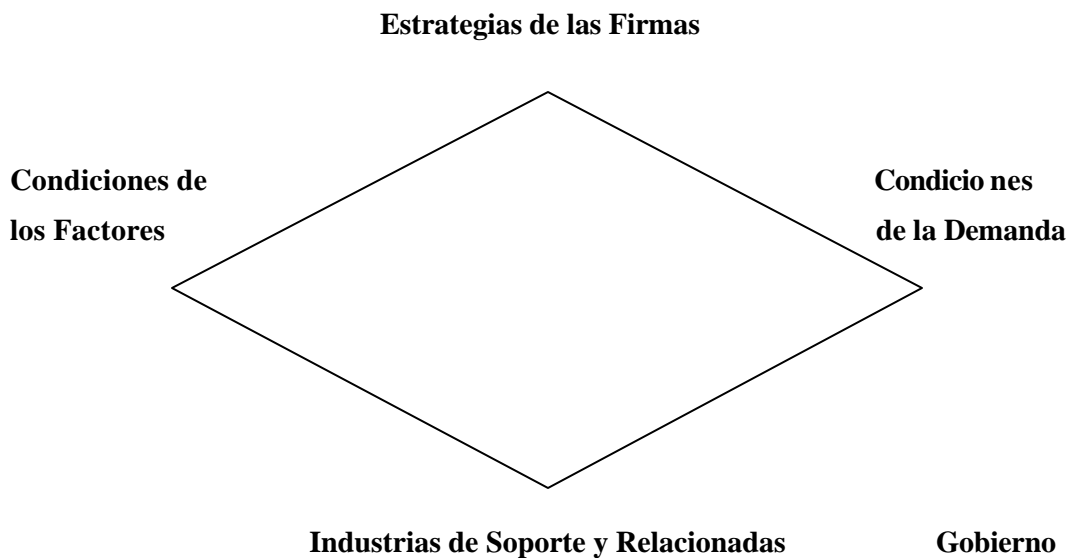
- Excelente recurso humano.

- Instalaciones amplias y adecuadas para la prestación de servicios de salud.

AMENAZAS

- Posible incursión de nuevas IPS en la ciudad.

3.6.4.2 MODELO DE LAS 5 FUERZAS DE PORTER



- **Condiciones de los factores:** Con respecto a los factores, podemos ver que las condiciones del sector salud no son las más favorables. Aunque la situación ha sido favorable para los usuarios debido al aumento en la cobertura, la situación ha sido diferente para las IPS. Las demoras en los pagos por parte de las EPS hacen que la situación financiera de las IPS sea crítica. Según cifras de Fedesarrollo, para el año 2000 había una cartera acumulada de EPS de 400.000 millones de pesos.¹⁶

¹⁶ http://eltiempo.terra.com.co/28-02-2001/naci_0.html

- **Condiciones de la Demanda:** La demanda del sector ha aumentado en los últimos años debido a que se ha presentado una mayor cobertura de usuarios. La cobertura ha aumentado de 9 millones en 1992 a 22.1 millones de personas en 1999.

- **Industrias relacionadas y de soporte:** Como se expuso anteriormente, el sector de la salud presenta problemas, ya que las industrias que tienen más relación dentro del sector, las EPS y las IPS, presentan discrepancias en cuanto a la forma en que interactúan entre sí. Esta situación se ve reflejada en la constante disputa entre estos dos tipos de entidades por los pagos. Mientras las EPS tratan de reducir costos mediante la contención de costos (demora en los pagos), las IPS exigen el pago puntual de estos para poder prestar un buen servicio. Esta relación tensa entre ambos tipos de entidades ocasiona que no haya poca colaboración entre unas y otras.

Estrategia de las firmas: Las empresas de salud no tienen una estrategia clara dentro del sector. La mayoría de estas funcionan sin establecer estrategias globales de funcionamiento o realizar planeación estratégica.

Gobierno: El Gobierno parece no prestar la debida atención al sector salud. No existen mecanismos claros que garanticen que todas las relaciones del sector se desarrollen de forma organizada. Esta despreocupación del Gobierno se ve en la falta de regulación por parte de este con respecto a la calidad del servicio que se presta, el cumplimiento de los pagos, etc.

CAPITULO IV

SUGERENCIAS PARA AFRONTAR LA SITUACIÓN DE LA CLÍNICA

Debido a que la Clínica presenta problemas importantes con respecto a las diversas áreas analizadas (finanzas, mercadeo, gerencia, gestión y estrategia), pienso que es importante utilizar todas las herramientas a mi alcance para plantear soluciones viables que puedan mejorar la situación de la empresa. Teniendo en cuenta esto, decidí estudiar el caso de la empresa Indupalma, ya que esta, después de pasar por una etapa de crisis en la década de los 90, desarrolló un modelo gerencial innovador el cual podría servir para darle solución a algunos de los problemas con los que cuenta la Clínica en este momento. Para poder entender bien el modelo planteado por Indupalma, pienso analizar la historia de la empresa, los motivos de la crisis, los planteamientos que sugiere el modelo y los resultados que se han obtenido hasta el momento. Después, tomaré el caso particular de la Clínica para ver si el modelo puede ser verdaderamente aplicado teniendo en cuenta las condiciones particulares de la Clínica o no.

4.1 INDUPALMA

La empresa Indupalma es una empresa pionera en tecnología y sistemas gerenciales dentro del sector colombiano. Fue creada a mediados de los años 50, cuando la compañía Grasco S.A. se dio cuenta que era necesario comenzar a garantizar el suministro del aceite, materia prima primordial necesitada por la empresa, dentro del país. Hasta ese momento, el aceite estaba siendo importado.

Debido a que Indupalma se encuentra ubicada en lugares alejados a poblaciones urbanas, en los primeros años de funcionamiento, la empresa comenzó a gestar proyectos de construcción de urbanizaciones para los trabajadores vinculados a esta. Igualmente, la empresa comenzó a satisfacer todas las necesidades de los empleados (salud, vivienda, energía eléctrica, agua, etc), situación que engendró un gran problema del cual se arrepentirían sus directivos en el futuro. Debido a la actitud tan paternalista asumida por la entidad, los empleados se mal acostumbraron y asumieron que estos servicios eran una obligación de la empresa para con ellos.

En el año de 1963 se creó el sindicato de Indupalma, el cual se dedicó a defender los derechos salariales de los empleados. La relación de la dirección con este grupo fue difícil desde un comienzo.

A mediados de los setentas, se presentó un evento que marcó la historia de la empresa. Los asesores del sindicato consideraron necesario el agrupar a todos los trabajadores bajo un solo techo sindical, ya que la mayoría estaban vinculados a través de contratistas y no eran cobijados por los acuerdos laborales. Ante la negativa de los gerentes de la empresa, el sindicato utilizó la huelga para obtener lo que quería. Un hecho que agudizó la confrontación en las negociaciones fue el secuestro por parte de grupos al margen de la ley del gerente de Indupalma de ese entonces, Hugo Ferreira Neira, por el que se exigía para su liberación que Indupalma tuviera en cuenta las demandas hechas por el sindicato.

Debido a que Indupalma quería preservar a toda costa la seguridad de su gerente, la empresa accedió a las principales demandas del sindicato. Algunas de las demandas realizadas fueron: la vinculación a la empresa de los trabajadores de campo empleados por contratistas con reconocimiento de tiempo trabajado antes de 1.977 para otorgar prestaciones y pensiones, suministro de dotaciones, reconocimiento de prestaciones legales y extralegales, construcción de facilidades para estos empleados con servicios de luz, agua, etc y prestación de servicios médicos para todos los trabajadores.

Esto dejó a la empresa en una grave situación no sólo por las obligaciones financieras a las que debió recurrir para cubrir lo acordado, sino también por la tensión que se originó entre trabajadores y gerentes, generándose una polarización progresiva en las relaciones laborales, con lo cual era cada vez más difícil poder llegar a un acuerdo. También afectó de sobremanera a la empresa la intransigencia del sindicato en conseguir lo que quería sin importar le la eficiencia de la empresa.

Después de los logros obtenidos por el sindicato en el año 77, la carga laboral y las presiones externas empeoraron. El sindicato creció fortalecido por la participación de la mayoría de los trabajadores. Las exigencias se hicieron cada vez mayores, ejemplos de esto son los incrementos salariales importantes y los incentivos por mayor rendimiento, los cuales se sumaban al salario básico. Además del servicio medico, de vivienda y de alimentación subsidiada, Indupalma construyó el barrio San Alberto y gestó un plan para que el 80% de sus trabajadores tuvieran casa propia. Todos estos rubros, sumados

a los otros costos laborales, representaron a partir de 1980, el 82% de los gastos de la compañía.

4.1.1 LA CRISIS DE INDUPALMA

Aunque la crisis de la empresa ya se vislumbraba desde la segunda mitad de los años 80, solo se hizo evidente en los primeros años de los años 90. Uno de los factores que contribuyó a esta crisis fue la caída del precio del aceite por el gran aumento de la competencia Internacional después de la Apertura económica, lo cual ocasionó que la Empresa produjera a pérdidas. Otro factor importante fue consecuencia de la exigencia hecha por el sindicato, el cual prohibía contratar mano de obra externa a la empresa. La mano de obra interna creció de tal manera que en un momento esta llegó a representar cerca del 82% de los costos totales de la empresa. La unión de todos estos factores llevó a que la empresa estuviera a punto de quebrarse. Se consideró seriamente el cerrar la fábrica, ya que los altos costos eran inviables y la falta de cooperación por parte del sindicato hacía las cosas más difíciles.

En el segundo semestre de 1991 se conforma un equipo de trabajo para salvar a la empresa. Este equipo inició el proceso de estudio sobre la reestructuración de la empresa y estableció los cimientos para la transformación de las relaciones obrero-patronales.

Durante su estudio, el equipo de trabajo se dio cuenta que la empresa no contaba con una declaración formal de visión, no existía un organigrama claro en el cual se delimitaran las funciones de los empleados, además de que también existía deficiencias en la comunicación entre directivos, mandos medios y trabajadores. Otro gran problema encontrado fue la falta de fijación de metas por parte de los empleados, y la falta de conocimiento de las responsabilidades de estos.

La primera etapa del proceso de cambio se basó en dar información sobre la situación de la empresa desde la administración hacia el sindicato, dándose a entender la necesidad que presentaba la empresa de un cambio de rumbo. Por primera vez, la administración toma una actitud activa para proponer cambios. Además se conforma un comité de salvamento en el cual se establece la necesidad de encontrarle una salida a la crisis de forma pacífica. Por último, se estipula la posibilidad de contratar cooperativas para las labores agrícolas básicas, además se nombra una nueva administración para manejar la crisis y llevar a cabo los cambios requeridos para su solución.

4.1.2 EL MODELO INDUPALMA

Dentro de la nueva administración se desarrolló un modelo de planeación estratégica en el que se tuvo como objetivo principal el instaurar cooperativas como instrumento de flexibilización del manejo de mano de obra y aumento de eficiencia dentro de la empresa. Así, se define una nueva estrategia en la que se le da gran importancia a la

planeación y al manejo de las cooperativas. Mediante esta estrategia se planeó disminuir los altos costos laborales a los que estaba recurriendo la empresa. El modelo también plantea el manejo de costos variables en lugar de costos fijos. En otras palabras, mediante el nuevo modelo se busca que la empresa salga de aquellos negocios poco productivos para la empresa (los cuales generalmente representaban un alto costo fijo) y se quede con aquellos que le generan verdaderamente valor agregado a la entidad. En el momento en que Indupalma crea cooperativas, gran parte de los costos a los que incurre la entidad se vuelven variables, lo cual beneficia a la empresa ya que estos se encuentran atados a la producción (entre más se produce más costos se tienen), situación que no se presentaba cuando la empresa incurría solamente en costos fijos, ya que la empresa podía no estar produciendo en grandes cantidades y si podía estar incurriendo en altos costos.

Indupalma comienza el proceso de contratación y conformación de cooperativas centrandó gran parte de sus esfuerzos en el diseño del sistema de operación y en la construcción del sistema operativo en dos áreas de particular relevancia: el área técnica particular sobre la filosofía y manejo corporativo con las responsabilidades respectivas de los socios y el área administrativa.

El proceso inicial de contratación y conformación de cooperativas no fue producto de un sistema asistencial en el que la empresa hacía una promoción del sistema cooperativo entre antiguos trabajadores y se les asistía para su conformación. Tal y como lo

expresan algunos de los asociados actuales de las cooperativas, la empresa estableció una política en la que se manifestaba claramente que las labores del campo serían contratadas con cooperativas, y que únicamente a los que conformaran cooperativas se les permitiría trabajar en Indupalma.

Es así como buena parte de los desempleados en San Alberto y San Rafael buscaron todos los mecanismos posibles para conformar las cooperativas. Según testimonios de algunos asociados a Indupalma, el único lazo que los unía a todos era la necesidad de conseguir una fuente de sustento. De esta forma, los interesados en el proyecto utilizaron el empeño de joyas y la solicitud de créditos para sacar adelante el proyecto. Todos los interesados mostraron su compromiso al invertir buena parte de sus activos para conformar las cooperativas.

Aún cuando el sistema de creación de cooperativas fue casi una imposición por parte de la empresa, debido a las presiones y a la necesidad de disminuir sus costos y aumentar la productividad de la inversión, este mecanismo se ha visto que ha tenido un resultado positivo en el largo plazo. Se dice que el costo de entrada a un grupo o proyecto es inversamente proporcional a la probabilidad de salida del grupo, además de que los que han pagado un alto precio por entrar a tal grupo tenderán a ser más leales y a buscar alternativas a cualquier problema que se presente antes de salir del grupo.¹⁷ En otras palabras, el hecho de que la conformación de cooperativas en Indupalma haya sido

¹⁷ FADUL, Miguel. ALIANZAS POR LA PAZ: EL MODELO INDUPALMA. 2001. Página 31.

particularmente difícil a nivel de compromisos financieros para los asociados ha servido como elemento para darle cohesión y coherencia al grupo en momentos difíciles. Esta situación también contribuyó a que se creara un sentido de pertenencia y compromiso con la empresa por parte de los empleados.

Algunos de los cambios a los cuales los empleados tuvieron que enfrentarse al comenzar a trabajar dentro de cooperativas son los siguientes:

- Los empleados sienten mayor responsabilidad sobre la situación de la empresa:

Acostumbrados a recibir quincenal o mensualmente una retribución determinada, los asociados se enfrentan a una nueva situación. Según la normativa cooperativa, son ellos los que escogen un cuerpo administrativo y confían en los mismos el buen manejo de los recursos. En gran parte de las cooperativas, sucedieron eventos de desfalco, robo o engaño en las etapas iniciales por desconocimiento de la administración y sus instrumentos de control. Para evitar que situaciones como esta vuelvan a ocurrir, la educación en Indupalma es obligatoria aún para los cooperativos y tiene penalizaciones en el caso de no utilizarse. La educación como un requerimiento básico es el primer resultado de ser dueño o empresario propio nacido de la necesidad de cuidar lo suyo. Se busca que los empleados conozcan los mecanismos para poder manejar las cooperativas y para que no se dejen robar.

- **Equilibrio entre lo privado y lo público:** El salario del asociado está relacionado con su esfuerzo como trabajador; entre más eficiente y más tiempo dedique a su trabajo, mayor la retribución financiera. Si se tiene en cuenta que buena parte de la administración y el control de la cooperativa se realiza en horas posteriores al trabajo, si estas nos se retribuyen, esto se ve como un requisito para ser un buen asociado cooperativo (el aspecto público de la cooperativa prima sobre los beneficios privados del trabajador). La participación en lo público (participación en órganos de control, en el consejo de administración, etc) representa un costo a nivel personal o de tiempo en familia. El compromiso y la inversión en lo propio representan un costo importante para el asociado y su familia en lo privado, pero al mismo tiempo se corresponde con una inversión importante en darle relevancia a lo público, y por que no, en formar líderes sociales que posteriormente pueden proyectarse en otros campos.

- **Desarrollo del dialogo y la tolerancia:** Las cooperativas se crearon por las necesidades económicas de la empresa y no por la empatía personal de sus miembros. Sin embargo, el tiempo destinado a la creación de estatutos, a la discusión sobre los problemas y responsabilidades de los miembros, a los requisitos de control y todas las acciones de las cooperativas, obligan a todos los socios a relacionarse de una manera cercana. Las soluciones violentas a los problemas interpersonales son menos posibles y el diálogo es un mecanismo obligado para resolver los problemas. La discusión de los problemas y la tolerancia son elementos esenciales para que una cooperativa pueda funcionar de manera eficiente, y si se tiene en cuenta que al salir de la cooperativa el

asociado sólo saca sus aportes y no el capital construido socialmente, la salida es un costo importante para el asociado. En forma adicional la empresa ha condicionado que los asociados no puedan pasar de una cooperativa a otra a menos que pasen dos meses desde la salida de la primera. La razón principal de esta política es que inicialmente había una movilidad de asociados que cambiaban de cooperativa para realizar un trabajo puntual, y conseguir ingresos adicionales. Teniendo en cuenta todos estos aspectos, se estableció una política clara en la cual se respeta la opinión de todos los pertenecientes a la cooperativa, además de establecerse herramientas en las que mediante el diálogo y la tolerancia se logre llegar a acuerdos dentro de los miembros de las cooperativas.

- **La administración de los cultivos:** Ser empleado tiene como ventaja la regularidad del ingreso, como se pague es problema del empleador. Cuando se es dueño el ingreso depende del tiempo del contrato y la labor realizada. Buenos tiempos de cosecha se turnan con el día a día de la manutención de los cultivos que requieren de menos mano de obra y donde los ingresos que se producen son menores. La inseguridad del ingreso obliga a los asociados a tener una buena planeación para aprovechar lo que se acumula en tiempos buenos para subsidiar lo que se necesita en tiempos difíciles. El proceso de aprendizaje en este caso requiere de un manejo racional del ingreso a largo plazo.

- **Cambio de empleado a gerente y capacitador:** Muchos de los empleados pasaron de empleados a socios de cooperativas, a pesar de que en el fondo seguían siendo empleados. Su preocupación no iba más allá de la regularidad del salario. La carencia

de esta regularidad sigue siendo un tema de discusión para los asociados. De allí que se iniciara un proceso concientizador en el que se le hizo entender a la gente que el paso de empleado a dueño viene con sus ventajas, al igual que con sus desventajas y responsabilidades. Es así como los gerentes de las cooperativas han tenido que hacer un trabajo importante con los empleados que mantienen la actitud de seguir actuando como empleados, para de esta forma enseñarles que ahora son dueños y que por ello no son únicamente actores que reciben órdenes por parte de la gerencia, sino que buena parte de las directrices y orientaciones de los gerentes provienen de las directrices y orientaciones que los asociados realizan.

- **El comportamiento individual incide en los resultados de todos:** La evaluación de las cooperativas, por parte de la empresa, para asignarles contratos, hace que los errores o comportamientos mal intencionados de algún miembro de las cooperativas pueda afectar la calificación de la cooperativa y la posibilidad futura de trabajo para todos. Es así como aparte de crear mecanismos de discusión y resolución de problemas con las cooperativas, se establece una conciencia de los efectos de las acciones individuales y se crea una presión social indescriptible para que los trabajos se hagan de la mejor manera posible.

La administración de Indupalma creó una rutina para operar con cooperativas, además de que elaboró un sistema de coaching (asistencia presencial permante). De esta forma, se creó un área dedicada a la coordinación de las acciones de las cooperativas, donde se

consolidaron funciones como la asesoría en contabilidad con el fin de asistir a la gerencia y al área de control de la cooperativa, evitar fraudes y presentar adecuadamente los estados financieros.

La empresa definió elementos para evaluar a las cooperativas, además de dar lineamientos específicos para estas, entre los que encontramos:

- **El tamaño máximo de las cooperativas es de 70 empleados:** Aparte de la motivación de evitar demasiado control en una cooperativa, se buscó que el tamaño no fuera un elemento que impidiera la participación efectiva de sus miembros, y a través de economías de escala, acaparar el trabajo en pocas empresas con mayor poder de negociación. Socialmente éste ha sido un punto benéfico por cuanto posibilita que los asociados se conozcan bien.

- **Evitar la subcontratación:** Acorde con el objetivo anterior se buscó el manejo en pequeño de la empresa y evitar que las cooperativas utilizaran mano de obra externa en condiciones diferentes a la interna y reproducir el esquema de contratistas que tenía la empresa inicialmente.

- **Cumplimiento estricto de los contratos:** La empresa ejerce una vigilancia continua sobre las cooperativas para que estas cumplan a cabalidad con lo que prometen en sus contratos.

- **Afiliación a A.R.P., E.P.S. y Pensiones:** Con un sentido social claro se buscó que por el deseo de un ingreso líquido superior en el corto plazo no se sacrificara la seguridad de los asociados y se obligó a todas las cooperativas a operar legalmente en todos los regímenes de previsión de los empleados.

Tal vez el elemento de mayor incidencia en toda esta experiencia de empoderamiento es la creación de canales formales e informales de comunicación y de solución de conflictos de manera justa.

Como elemento de transparencia se creó un área de consolidación de la información a todos los niveles de la empresa donde se publican mensualmente los objetivos de productividad y los logros alcanzados por cooperativas y por los mismos empleados de la empresa. La información ya no es tabú sino una parte integral de la empresa.

Uno de los desarrollos que ha sido importante y que se clasifica como el de “desarrollo de una confianza sobre la capacidad empresarial de las cooperativas” fue la política de la empresa de venderle a las cooperativas buena parte de las herramientas y máquinas

que utilizaban estas para su trabajo en la plantación. En la etapa inicial se presentaron dos tipos de dudas con relación a esta nueva política. La primera fue sobre la confianza en la capacidad de las cooperativas para pagar la maquinaria. La segunda era una cierta incredulidad sobre el propósito de la empresa; los empleados se empezaron a cuestionar sobre el por que la empresa quería deshacerse de cierta maquinaria, y debido a que los niveles de confianza no eran los mejores, algunas personas creyeron que esto pasaba por que las maquinas estaban defectuosas.

Al establecer los mecanismos de pago y al iniciar el proceso con una de las cooperativas se despejó el primer cuestionamiento: definitivamente si se podía pagar. Esto equivalía a que los asociados a las cooperativas se convirtieran en dueños de los medios de producción y a no depender de la empresa para el acceso a estos. El esquema de pago que se estableció fue: el 20% del salario se abonaba al equipo y el 15% para su recuperación. La desconfianza de la segunda pregunta se fue evaporando al ver las ventajas para la empresa de no tener la maquinaria, las ventajas para las cooperativas de tenerlas, así como el aumento de flexibilidad, control sobre la calidad del equipo y el aumento de la productividad de los asociados. (Una de las argumentaciones para que los asociados compraran los equipos es que a pesar del aumento de productividad en el corto plazo, la capacidad física de los asociados iba a desmejorar y esta tenía que ser compensada con tecnología como la maquinaria.

Actualmente y bajo este precedente las cooperativas van directamente al banco (principalmente Megabanco) o a los proveedores de insumos para ser financiados con la garantía de los contratos que tienen en ejecución con Indupalma.

Cabe recalcar que el elemento de carácter diferenciador en la experiencia de Indupalma es el elemento social. Entre los años 1995 y 1996 entran una gran cantidad de profesionales nuevos a la plantación y conforman lo que se llama un núcleo social en el manejo de cooperativas, en adición a su manejo técnico. En coordinación con el área de cooperativas (área técnica) inician un proceso donde se crean mecanismos de aprendizaje y comunicación fluida con las cooperativas.

Los asistentes técnicos cooperativos son el vaso comunicante de los productos de la empresa con las cooperativas, y el primer plano de cualquier duda o queja de las cooperativas con la empresa. Y entre las cooperativas se presentan lo que se llaman los grupos primarios, donde los asociados, una vez al mes, pueden expresar de manera irrestricta todas las dudas, problemas que tienen con la administración de la gerencia, su orientación o cualquier punto relacionado con las cooperativas.

El segundo nivel de comunicación es un boletín donde se presentan de manera sencilla los planes de la empresa, y se busca con ciertos lemas tratar de incentivar a los trabajadores.

El tercer nivel de comunicación ha sido a través de la estipulación de lemas de convivencia humana que se trabajan por periodos, haciendo no sólo una campaña de comunicación masiva, sino también concursos de teatro que reproduzcan las problemáticas planteadas dentro de la empresa.

Otro elemento que tiene que ver con la comunicación y se refuerza con incentivos, es el concurso sobre ideas nuevas que se puedan incorporar a las labores cotidianas que generen resultados exitosos (rómpace el coco). En el concurso se valora el aporte en ideas de los empleados de la empresa y las cooperativas, y se les envía el mensaje que la creatividad no es únicamente un recurso de la empresa y sus directivos.

En forma adicional, el grupo de trabajo social ha tratado de incorporar a los otros miembros de la familia en este proceso a través de la capacitación y la creación de grupos de discusión con las esposas de cooperativistas y empleados, y la inclusión de nuevos elementos como la asesoría legal y psicológica. De la misma forma se han promovido grupos cooperativos y de conciliación en el colegio de Indupalma con el doble propósito de preparar a los jóvenes de hoy en el desarrollo futuro del esquema y sobre todo tratar de influir de manera continua sobre los padres a través de la experiencia y los aprendizajes de los hijos. En buena medida es un mecanismo de marketing a través de los hijos de los empleados y asociados cooperativos.

El último elemento que se ha incorporado de manera progresiva ha sido la capacitación en tres áreas específicas: área cooperativa, área técnica (administrativa, paquetes de computador, técnicas agrícolas) y área humana.

El otro esquema que sella la apuesta por el esquema de trabajo con cooperativas es el proyecto de cultivo hacia el futuro: la ciudadela agroindustrial de la paz. Crear una relación de contratación por cuatro o cinco años es loable pero otra es comprometer este esfuerzo a una relación de cuando menos 30 años, con estructura simbiótica donde ya no se contrata con la cooperativa para realizar un trabajo en el terreno de la empresa, sino que se le compra el producto de su propia tierra al proveedor. En buena medida es como si se entrara a un club que se creó, al que se le ha invertido y donde los socios son contados y exclusivos. La apuesta es la de pasar de ser dueño del resultado de su propio trabajo a ser el dueño del capital en tierras en las que se ha invertido capital y trabajo. En últimas, este es el último paso de la conversión de empleado a capitalista

Este proyecto inevitablemente liga el destino de Indupalma a sus cooperativas, y el de éstas últimas a Indupalma. La estructura pasa de ser una alianza para trabajar de manera humana y sobre la base de normas éticas de consideración mutua, a la de convertirse en socios.

4.1.3. RESULTADOS MODELO INDUPALMA

El modelo Indupalma, a pesar de haberse comenzado aplicar hace poco tiempo, presenta resultados considerables, entre los que se encuentran:

- El primer resultado es la construcción de un esquema de trabajo conjunto entre empresa y cooperativas que hace viable una visión de construcción hacia futuro. El proyecto tiene permanencia en el tiempo y se perfila como un polo de desarrollo importante y democrático para el futuro, representado por la “Ciudadela Agroindustrial de la Paz”.

- El segundo resultado es una fuente de trabajo estable en el ámbito regional. Teniendo en cuenta que la mayoría de las personas que conforman las cooperativas son de la región, la inversión personal en el proyecto de cooperativas y la posible inversión futura en tierras hace que la proyección de buena parte de las personas sea la de trabajar con mucho empeño por el desarrollo de la región.

- El tercer resultado es la inversión en capital humano que esta experiencia ha posibilitado. La capacitación se ha presentado como un requerimiento para los asociados con el fin de evitar que se roben el dinero o para realizar bien sus funciones, además de que se ha convertido en una necesidad cotidiana. Este requerimiento de la

empresa ha servido como incentivo en la decisión de que muchos trabajadores busquen validar la primaria y el bachillerato. La necesidad ha abierto el apetito de conocimientos.

Aparte de la inversión en conocimientos, el efecto en la autoestima y responsabilidad de los participantes parece sobrepasar los logros del conocimiento. La responsabilidad de manejar una empresa, los conocimientos que esto requiere y las relaciones horizontales que se han planteado con la administración de Indupalma, han sido un aliciente para el surgimiento de líderes dentro de la empresa.

- El cuarto resultado ha sido la capitalización de las cooperativas. En el poco tiempo que se lleva aplicando el modelo, buena parte de las cooperativas tiene actualmente un camión, una grúa, un tractor, instrumentos de trabajo, y muchos de sus asociados son dueños de guadañas mecánicas y tienen proyecciones importantes de inversión en la compra de su propia sede o ya la tienen.

- El quinto resultado es el aumento del ingreso de los trabajadores y sus familias. Los ingresos dependientes de la eficiencia y calidad del trabajo han hecho que buena parte de los asociados, aparte de mejorar su desempeño, aumenten las horas de trabajo y manejen sus horarios. Esto ha conllevado a que los asociados reciban mayores beneficios monetarios, además de mejorar su situación en cuanto a seguridad social.

Teniendo todos estos factores en cuenta, Indupalma, al establecer la creación de cooperativas, comenzó un proceso en el que mediante el establecimiento de normas claras ha conseguido el desarrollo de un esquema de trabajo conjunto entre empresa y cooperativas, lo cual hace viable una visión de construcción hacia futuro. Además se generó una fuente estable de trabajo, una inversión en capital humano, una capitalización de las cooperativas y un aumento en el ingreso de las familias.

4.2 APLICACIÓN DEL MODELO INDUPALMA EN LA CLÍNICA META

Debido a que el mayor problema que enfrentó Indupalma fue el relacionado con costos, y especialmente, con los costos laborales, pienso realizar 2 análisis de costos de la Clínica: costos por actividad y costo-beneficio.

4.2.1 ANÁLISIS COSTO POR ACTIVIDAD Y COSTO BENEFICIO

Los parámetros que se utilizaron para realizar los análisis de costo beneficio y costo por actividad son los siguientes: se tomaron los datos finales del 2.002, ya que en este año se encuentra la discriminación más completa de rubros, situación que sirve para determinar cuales son las unidades que generan los mayores ingresos y cuales las que generan los mayores costos.

INGRESOS X VENTAS Y SERVICIOS	
Cirugía	1.132.444.061
Droguería	1.744.017.009
Fisioterapia	156.810.061
Consulta externa	439.328.102
Patología y citología	64.742.714
Rayos X	363.258.157
Laboratorio	573.793.836
Urgencias	433.427.405
Ultrasonido	84.495.459
Hospitalización	1.657.264.252
INGRESOS X VENTAS Y SERVICIOS	6.649.581.056

COSTO X ACTIVIDAD	
Cirugía	750.849.569
Droguería	1.075.923.472
Fisioterapia	86.025.671
Consulta externa	746.609.973
Patología y citología	57.195.057
Rayos X	335.020.661
Laboratorio	341.164.922
Urgencias	334.736.231
Ultrasonido	54.663.377
Hospitalización	1.290.442.273
TOTAL	5.072.631.206

GANANCIA X ACTIVIDAD	
Cirugía	381.594.492
Droguería	668.093.537
Fisioterapia	70.784.390
Consulta externa	-307.281.871
Patología y citología	7.547.657
Rayos X	28.237.496
Laboratorio	232.628.914
Urgencias	98.691.174
Ultrasonido	29.832.082
Hospitalización	366.821.979
TOTAL	

Los costos por actividad se determinaron dependiendo de los costos a los que incurre cada área para su funcionamiento. En el área de cirugía se tuvieron en cuenta los gastos de personal, los honorarios de médicos, los costos de sangre y cryogas, indispensables para el funcionamiento de la unidad. Dentro de la droguería se tuvieron en cuenta los gastos del personal y los costos de los medicamentos que se ofrecen. Dentro de las unidades de fisioterapia, consulta externa, patología y citología, rayos x, laboratorio, urgencias y ultrasonido se tuvieron en cuenta los gastos de personal, los honorarios de los empleados vinculados a cada una de las áreas y los implementos utilizados para el funcionamiento de estas mismas. Dentro del área de hospitalización, además de los honorarios de los médicos y los gastos de personal, se tuvieron en cuenta los costos generados por la cocina y la lavandería.

El costo beneficio por actividad se determinó restándole a los ingresos de cada área los costos a los que incurre cada una de estas para su funcionamiento. Observando los resultados obtenidos, vemos que el área más crítica es la de consulta externa, ya que esta presenta una pérdida de 307.281.781 millones. Esta área presenta unos costos 69% más altos que los beneficios que genera en ingresos. Las áreas de patología y citología, rayos x y ultrasonido presentan un beneficio bajo comparadas con las demás áreas analizadas. Analizando los factores en juego dentro de cada una de estas unidades, vemos que los costos a los que incurren son muy altos, 88%, 92% y 78% respectivamente del total de ingresos generados por cada una de las áreas. Vemos que las áreas que generan mayores beneficios son droguería, cirugía y hospitalización respectivamente, donde los costos de operación por área no son tan altos.

Ya que la crisis de la empresa Indupalma se basó principalmente en los altos costos laborales a los que incurría la empresa, pienso analizar los costos laborales por área y totales a los que incurre a la Clínica, para saber como estos afectan a la entidad.

COSTOS LABORALES X ACTIVIDAD	
Cirugía	535.139.024
Droguería	93.766.344
Fisioterapia	72.358.920
Consulta externa	635.245.630
Patología y citología	40.258.690
Rayos X	323.670.980
Laboratorio	320.098.567
Urgencias	309.980.456
Ultrasonido	47.890.368
Hospitalización	872.365.130
Personal Administración	597.600.961

Analizando los resultados obtenidos, vemos que las áreas que presentan los mayores costos laborales son rayos x, laboratorio, urgencias, ultrasonido, consulta externa y fisioterapia con 96%, 93%, 92%, 87%, 85% y 84% respectivamente del total de costos por área. Si vemos los resultados obtenidos en los cuadros anteriores, vemos que algunas de estas áreas son también las que menos beneficios generan (consulta externa, rayos x y ultrasonido).

Haciendo los cálculos respectivos encontramos que los costos laborales representan el 75% del total de costos de la Clínica. Este porcentaje es bastante alto, ya que este representa que por cada peso que se necesita para mantener en funcionamiento la

Clínica, tres cuartos de estos se gastan en los costos laborales. Estos costos totales pueden comprometer la estabilidad de la entidad debido a que representan un porcentaje alto.

4.2.2. MODELO INDUPALMA EN EL CONTEXTO DE LA CLINICA

Observando la situación de la Clínica y teniendo en cuenta el caso de Indupalma, la Clínica podría crear cooperativas con las cuales el funcionamiento de ciertas áreas de la entidad fuera mucho más eficiente y menos costoso para la empresa. Se podrían crear cooperativas que manejaran el desempeño de áreas como consulta externa, rayos x y ultrasonido, ya que estas áreas son las que presentan los mayores costos (la mayoría de estos representados en costos laborales) y las que menos beneficio económico generan (el desarrollo de los modelos financieros y las proyecciones a futuro son estrictamente requeridos en el momento en que se considere seriamente este proceso). De establecerse cooperativas en este tipo de áreas, la Clínica mejoraría su situación ya que cada una de estas áreas haría los estudios necesarios para manejar efectivamente su estructura de costos, además de que habría más compromiso y poder de decisión por parte de los empleados, lo cual crearía un beneficio para la entidad como un todo. Otro aspecto beneficioso para la entidad sería el ofrecimiento de servicios o la formación de alianzas estratégicas con las demás Entidades Prestadoras de Servicios de Salud de la ciudad, con el fin tener el mayor alcance posible de usuarios para los servicios de consulta externa, rayos x y ultrasonido.

Teniendo en cuenta lo anterior, vemos que la creación de cooperativas puede llegar a ser muy beneficioso para la Clínica Meta, ya que saldría de unidades poco productivas que representan altos costos para la entidad. Sin embargo, para que este proceso pueda llevarse a cabo, la empresa debe facilitar el proceso de creación de cooperativas, además de ofrecer incentivos para que los empleados accedan a salirse de la entidad con el objetivo de crear cooperativas de trabajo asociadas a la Clínica.

Los incentivos que podrían ofrecérsele a los empleados en aras de la formación de cooperativas serían:

- Asesoría por parte de la Clínica a los empleados en la formación de cooperativas de trabajo asociado en distintas áreas (administrativa, contable, técnica, legal, etc).
- Ofrecimiento de contratos a largo plazo (mínimo 5 años) para los empleados que formen cooperativas estables. Al ofrecerse esto, se les muestra a los empleados que a pesar de que ya no forman parte directa de la empresa, todavía cuentan con el apoyo de esta.
- Esquemas de préstamos por parte de la Clínica u ofrecimiento de respaldo por parte de la entidad para que las personas interesadas en formar cooperativas de trabajo puedan adquirir el capital necesario por intermedio de entidades bancarias.

- Venta de equipos por parte de la Clínica a las cooperativas con el objetivo de que estas se capitalicen y tengan el control de maquinaria necesaria para prestar los servicios que se ofrecen. La Clínica podría establecer ventas de contado, o a plazos. También se podría utilizar la forma de pago utilizada por Indupalma, en donde se descontaba de los pagos que le hacía Indupalma a las cooperativas un porcentaje para cubrir la deuda que tenían las cooperativas con la empresa a causa de la compra de equipos.

Aunque la aplicación del modelo Indupalma puede ser viable y beneficioso para mejorar la situación de la Clínica al brindarle autonomía a ciertas áreas de la entidad con el fin de mejorar su funcionamiento, creo que esto no es suficiente para que la Clínica supere todos los problemas por los que se encuentra atravesando en la actualidad. Por esta razón, plantearé otro tipo de sugerencias que complementen la aplicación del modelo Indupalma, buscando mejorar la situación de la Clínica.

4.3 SUGERENCIAS COMPLEMENTARIAS AL PROBLEMA DE LA CLINICA

- Establecimiento de sistemas de control financieros estrictos en los que se analice la estabilidad de la empresa teniendo en cuenta razones de tipo operacional, de endeudamiento, de rentabilidad, de crecimiento y de liquidez. Estos sistemas deben realizar análisis periódicos de la situación financiera de la empresa (mínimo 4 veces al año).

- Cambio en el manejo contable de la cartera de la entidad donde se ubique este rubro en una cuenta diferente a Activos Corrientes. Creo que esto sería conveniente debido a que de continuarse con el sistema que se utiliza en el momento, incluyendo este valor en los activos corrientes, se tiene un concepto errado de la situación de la empresa, ya que se presentan razones de liquidez buenas, las cuales no coinciden con la realidad.

- Implementación de un Departamento de Cartera eficiente con el cual se garantice la recolección de todas las deudas que tienen las EPS con la Clínica.
- Establecimiento de una gerencia de clientes clara con el objetivo de anticipar y satisfacer las necesidades del cliente de la mejor forma posible.

- Realización periódica de encuestas de satisfacción del usuario con la entidad (2 por año como mínimo) y tener en cuenta las sugerencias planteadas por estos mismos, con el objetivo de prestar el mejor servicio posible.

- Establecimiento claro y preciso de objetivos, metas y plazos para la Institución, los cuales deben ser cumplidos por la dirección.

- Realización de procesos de planeación estratégica con los cuales se determine hacia donde va la empresa a futuro teniendo en cuenta los factores internos y externos que la afectan.

- Creación de indicadores de gestión cuantificables con los cuales se pueda establecer como se encuentra la entidad.

- Creación de mecanismos claros y efectivos para que los directivos de la Clínica respondan efectivamente por los resultados obtenidos.

- Desarrollo y fortalecimiento de mecanismos de información hacia la comunidad y los usuarios en general, en aspectos como tipo, cantidad y calidad de servicios ofrecidos.
- Establecimiento de programas de mejoramiento del clima organizativo y capacitación permanente de los empleados de acuerdo a los servicios que presta la entidad.

- Implementación de manuales de funciones claros para todos los empleados.

- Establecimiento de evaluaciones periódicas del desempeño de los empleados.

- Instauración de mecanismo de participación, selección de personal, inducción y capacitación claros.

- Creación de políticas de sanciones e incentivos. Dentro de la política de incentivos, se deben diseñar mecanismos tendientes a ligar en cierta medida el nivel de remuneración al nivel de resultados.

- Establecer sistemas de información dentro de la Institución. Este sistema debe recolectar toda la información relevante para que los directivos tomen decisiones adecuadas basadas en la realidad de la entidad.

Considero que poniendo en práctica todas estas recomendaciones, la Clínica puede solucionar los problemas por los que atraviesa en este momento y puede volver a ser pionera y líder en la prestación de servicios de salud en Villavicencio.

CONCLUSIONES

Con base en los datos encontrados durante el desarrollo de esta investigación y mediante el análisis de los resultados obtenidos, he llegado a las siguientes conclusiones:

- El sector salud en Colombia ha evolucionado mucho con el paso del tiempo, ya que se ha cambiado la percepción de la salud como un servicio de caridad para la gente de pocos recursos o como un servicio que se presta solamente a las personas enfermas, convirtiéndose en un derecho fundamental al que tiene derecho en el momento en que lo requiera cualquier colombiano de acuerdo a lo establecido en la Constitución Política de Colombia.
- La introducción de la Ley 100 mejoró el sistema de salud en cuanto al aumento del gasto en este rubro y al aumento de la cobertura. Sin embargo, todavía se siguen presentando problemas serios como: la distribución poco eficiente de los recursos destinados a salud (todavía se presentan subsidios a la oferta), fallas del Sisben, evasión y elusión de las personas pertenecientes al régimen contributivo, demora en la transición de las Instituciones Públicas Prestadoras de Salud a Empresas Sociales del Estado e inconvenientes en cuanto a la accesibilidad de servicios por parte de los usuarios.

- El mayor problema que se ha desarrollado con la implantación de la ley 100 es la demora en los pagos por parte de las EPS a las IPS, situación que tiene a muchas de las IPS en una situación crítica debido a la iliquidez que esta circunstancia origina.
- La Ley 100 establece a nivel formal las funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y de las Entidades Promotoras de Servicios (EPS), y establece la forma en que estas instituciones se relacionan entre sí. Sin embargo, la Ley no establece claramente quien regula el pago cumplido de los pagos de las EPS a las IPS.
- Una de las conclusiones más importantes a la que llegué con la realización de este trabajo es la relacionada con el origen de los problemas de la entidad. El gerente y los directivos de la entidad manifiestan su convicción de que el problema principal de la empresa es la Ley 100 y más específicamente la situación de desventaja en la que quedaron las IPS frente a las EPS después de la introducción de esta misma. Los problemas, según ellos, se ven reflejados en la gran demora en los pagos por parte de las EPS, y en su incapacidad para adelantar los desembolsos. A pesar de que este es un problema importante a nivel macro (la Clínica hoy presenta una cartera de \$4600 millones), a nivel micro observo que la falta de control y seguimiento internos contribuyen en gran proporción a la situación actual de la entidad. La Clínica presenta fallas importantes como son: la falta de análisis financieros completos y periódicos, inexistencia de una política de clientes clara, un manejo gerencial y de gestión pobre (no existe conocimiento de la misión y la visión por

parte de los empleados, no hay un manual de funciones establecido, no se plantean objetivos y estrategias globales de funcionamiento, no se hace planeación estratégica, no se realiza una evaluación periódica del desempeño, no existen mecanismos de participación claramente establecidos y no se cuenta con un sistema de sanciones e incentivos que promuevan el mejoramiento continuo del desempeño de los trabajadores y de la empresa). La falta de procesos de control dentro de todas estas áreas influyen también en la situación crítica de la empresa. Resumiendo: a pesar de que la demora en los pagos por parte de las EPS es parte importante del problema de la Clínica, los directivos de esta deben darse cuenta que están descuidando muchas áreas fundamentales de la entidad, las cuales son fundamentales para garantizar su desempeño exitoso.

- Aunque el modelo Indupalma puede ser beneficioso para la situación de la Clínica, aplicándose en la creación de cooperativas dentro de ciertas áreas poco productivas y altamente costosas de la empresa, debe destacarse que para que la Clínica sea verdaderamente productiva, esta solución debe complementarse con planes de mejoramiento para cada una de las áreas de la Institución (finanzas, mercadeo, etc).
- La Clínica Meta es una empresa con gran tradición y cuenta con un recurso humano excelente, razón por la cual se debe luchar para sacar adelante a la entidad a como de lugar. Considero que la Clínica puede enfrentar y superar sus problemas estableciendo programas de control y seguimiento internos constantes para cada una de las áreas de la entidad, con los cuales se pueda establecer las fallas que se puedan

estar presentando para darles solución rápidamente. Aunque creo que la Clínica todavía tiene gran potencial, veo que hay una gran resistencia al cambio, lo cual dificulta el planteamiento de un cambio radical dentro de la empresa. Los directivos son personas de edad, médicos en su mayoría, los cuales consideran que pueden seguir manejando la Clínica de la forma que lo han hecho desde el nacimiento de esta, reaccionando frente a los problemas y no estableciendo planes estratégicos con los que se anticipen los cambios que se puedan presentar en el futuro.

- Por último, una conclusión muy importante a la que llegue mediante la realización de este trabajo fue la diferencia entre el mundo real y lo que nos enseñan en la universidad. Observando los resultados obtenidos en la Clínica, veo que muchas de las herramientas aprendidas en el transcurso de la carrera (herramientas de finanzas, análisis de mercado, conceptos de misión y visión, etc), no son utilizadas en muchas empresas, situación que me parece preocupante, ya que estos conceptos, aplicados en forma correcta, pueden ser muy beneficios para manejar una empresa de forma exitosa. Considero que herramientas como el análisis de razones financieras, encuestas de satisfacción de usuarios, encuestas de conocimiento de la empresa por parte de los empleados y procesos de planeación estratégica, son muy importantes para tener una perspectiva de cómo se encuentra una empresa. Además de los beneficios que estos análisis pueden traer, veo que existe mucha viabilidad para el uso de estas herramientas, ya que muchos de estos análisis utilizan información con la que todas las empresas cuentan (balances, cifras de ventas, etc), y otras que pueden conseguir fácilmente (cuestionarios a usuarios, empleados).

BIBLIOGRAFÍA

1. GIEDION, Ursula. Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos: El caso de Bogotá, Distrito Capital, Colombia. Banco Interamericano de Desarrollo. Enero 2001.
2. Análisis del Sector Salud en el Distrito Capital 1990-1998. Secretaría Distrital de Salud. 1998.
3. GIEDION, Ursula. Medición de la eficiencia económica y de gestión en los hospitales públicos del Distrito Capital. Secretaría Distrital de Salud en Santa Fe de Bogotá. Panamericana Formas. Octubre de 1999.
4. DIAZ, Gilma Lucia. Crisis laboral en Indupalma: un estudio exploratorio. 2001.
5. FADUL, Miguel. Alianzas para la paz: El modelo Indupalma/ Programa Nacional de Alianzas para la Convivencia y la Superación de la Pobreza.
6. UNDERHILL, Tim. Strategic alliances. Managing the supply chain.
7. CUTLER, David. Converting hospitals from not for profit to for profit status. Why and what effects?

8. BELL, David. The risk management foundation of the Harvard medical institutions.
9. KESSLER, Daniel. Is hospital competition socially wasteful?. 362 páginas.
10. SERNA, Humberto. Planeación y gestión estratégica: teoría, metodología. 344 páginas.
11. Gerencia de costos y ventaja competitiva: la reducción de costos para el mejoramiento continuo. 239 páginas.
12. NAS, Tefvik. Cost benefit analysis: theory and application. 220 paginas.
13. SERNA, Humberto. ¿Cómo medir la satisfacción de Clientes? 120 páginas.

ANEXO 1
ENCUESTA A CLIENTES

PERFIL DEL ENCUESTADO

NOMBRE _____ EPS A LA QUE PERTENECE _____

1. De acuerdo con la experiencia que usted ha tenido con la CLINICA META, cual es su nivel de satisfacción con respecto al servicio que en general le ofrece esta institución?

Muy Satisfecho	Satisfecho	Regular	Insatisfecho	Muy insatisfecho

¿Por qué?

2. Que lo motivó a utilizar los servicios que ofrece la CLINICA META?

Seriedad de la Institución _____
 Calidad del recurso humano _____
 Cumplimiento de compromisos _____
 Prestigio de la Clínica _____
 Tradición y trayectoria de la Institución _____
 Si tiene algún otro motivo, por favor coméntelo

3. Cual es su nivel de satisfacción con la imagen en general de la CLINICA META en relación con:

Escala: MS = Muy satisfecho S = Satisfecho IND = Indiferente INS = Insatisfecho
 MINS = Muy Insatisfecho

	MS	S	IND	INS	MINS	NA
Seriedad						
Respaldo						
Confianza						
Servicio Personalizado						
Gama de Servicios						

4. En general, como calificaría usted a los médicos que trabajan en la Clínica con respecto a:

Escala: MB = Muy Bueno B = Bueno REG = Regular M= Malo MM = Muy Malo

	MB	B	REG	M	MM	NA
Amabilidad						
Presentación Personal						

Interés por los pacientes						
Conocimiento médico (tratamientos, diagnósticos, etc)						

5. En general, como calificaría usted a las enfermeras que trabajan en la Clínica con respecto a:

Escala: MB = Muy Bueno B = Bueno REG = Regular M= Malo MM = Muy Malo

	MB	B	REG	M	MM	NA
Amabilidad						
Presentación Personal						
Disposición para ayudarlo						

6. Rn general, como calificaría usted al demás personal de la institución (repcionistas, porteros, secretarias, etc) en cuanto a:

Escala: MB = Muy Bueno B = Bueno REG = Regular M= Malo MM = Muy Malo

	MB	B	REG	M	MM	NA
Amabilidad						
Presentación Personal						
Disposición para ayudarlo						

7. Durante el último año, ¿ha utilizado usted el servicio de consulta externa?

Si _____ No _____

8. De acuerdo a la experiencia que usted ha tenido en consulta externa, que tan satisfecho se siente con respecto a:

Escala: MS = Muy Satisfecho S = Satisfecho IND = Indiferente INS = Insatisfecho
MINS = Muy Insatisfecho

	MS	S	IND	INS	MINS	NA
Tiempo de espera antes de entrar a consulta						
Respeto al orden de los turnos						

9. Aproximadamente, cuanto tiempo tiene que esperar antes de entrar a consulta?

Menos de 10 minutos _____
 Entre 10 y 20 minutos _____
 Entre 20 y 30 minutos _____
 Más de media hora _____

10. Con respecto a su experiencia personal, como calificaría usted:

Escala: MB = Muy Bueno B = Bueno REG = Regular M= Malo MM = Muy Malo

a. Recepcionista

	MB	B	REG	M	MM	NA
Amabilidad						
Presentación Personal						
Apoyo brindado para facilitar su ingreso a la consulta						
Orientación brindada						
Ayuda en la adjudicación de citas						

b. Médico General

	MB	B	REG	M	MM	NA
Amabilidad						
Presentación Personal						
Habilidad para interactuar con usted						
Conocimiento de la materia						
Calidad de la información suministrada						
Interés que le prestó						
Asesoría brindada						

11. Durante el último año, ¿ha utilizado usted el servicio de consulta con especialista?

Si _____ No _____

12. Si ha solicitado consultas con especialistas, ¿con que departamento las ha solicitado?

Dermatología _____
 Traumatología _____
 Radiología _____

Urología _____
 Ginecología _____
 Odontología _____
 Otro ¿Cuál? _____

13. De acuerdo a la experiencia que usted ha tenido en consulta con especialistas, que tan satisfecho se siente con respecto a:

Escala: MS = Muy Satisfecho S = Satisfecho IND = Indiferente INS = Insatisfecho

MINS = Muy Insatisfecho

	MS	S	IND	INS	MINS	NA
Tiempo de espera antes de entrar a consulta						
Respeto al orden de los turnos						

14. Aproximadamente, cuanto tiempo tiene que esperar antes de entrar a consulta?

Menos de 10 minutos _____
 Entre 10 y 20 minutos _____
 Entre 20 y 30 minutos _____
 Más de media hora _____

15. Con respecto a su experiencia personal, como calificaría usted:

Escala: MB = Muy Bueno B = Bueno REG = Regular M= Malo MM = Muy Malo

a. Recepcionista

	MB	B	REG	M	MM	NA
Amabilidad						
Presentación Personal						
Apoyo brindado para facilitar su ingreso a la consulta						
Orientación brindada						
Ayuda en la adjudicación de citas						

b. Médico Especialista

	MB	B	REG	M	MM	NA
Amabilidad						
Presentación Personal						
Habilidad para interactuar con usted						

Conocimiento de la materia						
Calidad de la información suministrada						
Interés que le prestó						
Asesoría brindada						

16. Ha estado usted hospitalizado en esta institución?

Si _____ No _____

17. Basado en esta experiencia que tan satisfecho se sintió con respecto a los siguientes aspectos:

Escala: MS = Muy satisfecho S = Satisfecho IND = Indiferente INS = Insatisfecho
MINS = Muy Insatisfecho

	MS	S	IND	I	MINS	NA
Atención prestada durante su estadía						
Interés prestado a su recuperación (doctores, enfermeras)						
Solución a inquietudes						
Calidad de la comida brindada						
Comodidad de la habitación						

18. Ahora como calificaría usted a:

Escala: MB = Muy Bueno B = Bueno REG = Regular M= Malo MM = Muy Malo

a. Doctor que lo atendió durante su hospitalización

	MB	B	REG	M	MM	NA
Amabilidad						
Habilidad para interactuar con usted						
Solución a inquietudes						
Interés en su proceso de recuperación						
Frecuencia de visitas para ver la evolución de su operación						

b. Enfermeras que lo atendieron

	MB	B	REG	M	MM	NA
Amabilidad						
Habilidad para interactuar con usted						
Solución a inquietudes						
Interés en su proceso de recuperación						
Disposición para atenderlo cuando usted las necesitaba						

19. Ha recibido usted algún tipo de terapia (física, de lenguaje, etc) en la Clínica?

Si _____ No _____

20. Basado en esta experiencia que tan satisfecho se sintió con respecto a los siguientes aspectos:

Escala: MS = Muy satisfecho S = Satisfecho IND = Indiferente INS = Insatisfecho
MINS = Muy Insatisfecho

	MS	S	IND	I	MINS	NA
Atención prestada						
Amabilidad de la fisioterapeuta						
Solución a inquietudes						
Calidad de los implementos utilizados en la terapia (camillas, nebulizadores, etc)						
Tiempo de espera para comenzar la terapia						

21. Teniendo en cuenta su experiencia personal, como calificaría a:

Escala: MB = Muy Bueno B = Bueno REG = Regular M= Malo MM = Muy Malo

a. Terapeuta

	MB	B	REG	M	MM	NA
Amabilidad						
Habilidad para interactuar con usted						
Solución a inquietudes						
Interés en su proceso de recuperación						
Disposición para la ejecución del tratamiento						
Presentación personal						

22. ¿Ha sido usted atendido por el área de urgencias alguna vez?

Si _____ No _____

23. De haber sido atendido por urgencias, que tan satisfecho se sintió con respecto a los siguientes aspectos.

Escala: MS = Muy satisfecho S = Satisfecho IND = Indiferente INS = Insatisfecho
MINS = Muy Insatisfecho

	MS	S	IND	I	MINS	NA
Atención prestada						
Rapidez en la atención						
Solución a inquietudes						
Conocimiento del doctor de turno						
Amabilidad del doctor de turno						
Amabilidad de las enfermeras						

24. Cómo calificaría a la Clínica en los siguientes aspectos:

Escala: MB = Muy Bueno B = Bueno REG = Regular M= Malo MM = Muy Malo

	MB	B	REG	M	MM	NA
Ubicación						
Disponibilidad de parqueadero						

Orden y aseo						
Distribución de las áreas						
Instalaciones físicas Dotación de implementos (aparatos especializados para exámenes, drogas, camillas, etc)						

25. ¿Ha utilizado usted la droguería de la Clínica?

Si _____ No _____

26. Como calificaría la droguería de la Clínica con respecto a:

Escala: MB = Muy Bueno B = Bueno REG = Regular M= Malo MM = Muy Malo

	MB	B	REG	M	MM	NA
Amabilidad del personal						
Rapidez en la atención						
Precios de los medicamentos						
Variedad de medicamentos						

27. ¿Ha estado usted vinculado con alguna otra institución prestadora de salud?

Si _____ No _____

28. ¿Cual?

29. Considera usted que el servicio prestado por la Clínica Meta comparado con el de la IPS mencionada anteriormente es:

Inferior _____ Igual _____ Superior _____
¿Por que?

30. ¿Cree usted que la Clínica cuenta con un portafolio de servicios completo?

Sí _____ No _____

31. Si usted considera que el portafolio de servicios no es el adecuado, que otros servicios cree usted que la Clínica debería ofrecer?

32. Tiene usted alguna sugerencia o comentario con respecto a la Clínica (su funcionamiento, la calidad del servicio, la atención prestada, etc)

ANEXO 2
ENTREVISTA A EMPLEADOS

PERFIL DEL ENCUESTADO

TIEMPO VINCULADO A LA EMPRESA _____

CARGO QUE DESEMPEÑA _____

1. ¿Tiene la Clínica un manual de funciones claro y definido para cada cargo?

Sí _____ No _____

2. ¿Cuales son las funciones principales que usted desempeña dentro de su cargo?

3. ¿Tiene la Clínica una misión clara y definida por escrito?

Sí _____ No _____

4. ¿Sabe usted cual es la misión establecida por la Clínica?

5. ¿Tiene la Clínica una visión clara y definida por escrito?

Sí _____ No _____

6. ¿Sabe usted cual es la visión de la Clínica?

7. ¿Existe un organigrama explícito de la Clínica?

Sí _____ No _____

8. ¿Están establecidas las funciones de todos los miembros de la Clínica en forma adecuada en el organigrama?

Sí _____ No _____

9. ¿Sabe usted si la empresa ha precisado objetivos y estrategias globales de funcionamiento?

Sí _____ No _____

10. ¿Cuál de los siguientes mecanismos o instancias de control interno y gestión posee la Institución?

Auditoria Administrativa _____
Auditoria Financiera _____
Control de Calidad _____
Otro ¿Cuál? _____
Ninguno _____

11. ¿Cuáles de los siguientes mecanismos ha utilizado la Clínica para la evaluación del desempeño?

Prueba de conocimientos teóricos _____
Prueba de conocimientos prácticos _____
Entrevistas y evaluación por superiores _____
Ninguno _____
Otro _____

12. ¿Existen indicadores de gestión hospitalaria y cumplimiento de metas en la Institución?

Sí _____ No _____

13. ¿Existe una estrategia de calidad dentro de la Clínica?

Sí _____ No _____

14. ¿Cuál de los siguientes mecanismos o instrumentos de gestión de la calidad posee la Institución?

Auditoria medica o de servicios _____
Comités técnico científicos _____
Oficina de quejas y reclamos _____
Encuestas de satisfacción de usuarios _____
Otro ¿Cuál? _____

15. ¿Existe un programa de capacitación para la calidad, claramente instituida?

Sí _____ No _____

16. ¿Cree usted que el proceso de comunicación dentro de la Clínica es eficiente y efectivo?

Sí _____ No _____

17. ¿Cree usted que la comunicación fluye ágilmente de arriba-abajo y viceversa?

Sí _____ No _____

18. ¿En general, de que forma se comunican las decisiones tomados por la gerencia de la Clínica?

Reuniones personales _____
Reuniones grupales _____
Uso de carteleras _____
Boletines y memorandos _____
Circulares _____
Ninguno _____
Otros ¿Cuál? _____

19. ¿Existen mecanismos de participación dentro de la empresa? ¿Cuáles?

Sí _____ No _____

20. ¿Cuenta la Clínica con un departamento de personal o de recursos humanos?

Sí _____ No _____

21. ¿Cuál es el mecanismo de selección de personal en la Institución?

Concurso de méritos por convocatoria pública _____
Concurso de méritos por convocatoria interna _____
Recomendaciones _____
Otro _____

22. ¿Al personal que ingresa a la institución se le realiza un proceso de inducción?

Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca	Nunca

23. De realizarse inducción ¿Cuál es la duración promedio de esta?

1 día _____
1 semana _____
2 semanas _____
1 mes _____
Más de 1 mes _____

24. De realizarse inducción, esta es de carácter:

Específica para el cargo _____
De tipo general _____
Tanto general de la Institución como específica para el cargo _____

25. ¿Ofrece la Clínica cursos de capacitación con el objetivo de estar a la vanguardia, ya sea en el área médica, administrativa, etc?

Sí _____ No _____

26. ¿Existe un plan de carrera dentro de la Clínica?

Sí _____ No _____

27. ¿Cuáles de las siguientes sanciones son utilizadas en la Clínica?

Multas _____

Suspensión temporal _____

Suspensión definitiva _____

Amonestación verbal _____

Amonestación escrita _____

28. ¿Se han realizado encuestas de satisfacción a los empleados?

Sí _____ No _____

29. ¿En este momento, que tan satisfecho se encuentra trabajando para la Clínica Meta?

Muy Satisfecho	Satisfecho	Regular	Insatisfecho	Muy insatisfecho

¿Por qué?

30. Que lo motivó a pedir trabajo en la CLINICA META?

Seriedad de la Institución _____

Prestigio de la Clínica _____

Tradicción y trayectoria de la Institución _____

Si tiene algún otro motivo, por favor coméntelo

31. Cual es su nivel de satisfacción en la Clínica con respecto a los siguientes aspectos:

Escala: MS = Muy satisfecho S = Satisfecho IND = Indiferente INS = Insatisfecho

MINS = Muy Insatisfecho

	MS	S	IND	INS	MINS	NA
Ambiente de trabajo						
Salario						
Horario laboral						
Autonomía y poder de decisión						

32. En general, como calificaría usted a los médicos que trabajan en la Clínica con respecto a:

Escala: MB = Muy Bueno B = Bueno REG = Regular M= Malo MM = Muy Malo

	MB	B	REG	M	MM	NA
Amabilidad						
Presentación Personal						
Interés por los pacientes						
Conocimiento médico (tratamientos, diagnósticos, etc)						
Cumplimiento de horario						
Respeto por sus colegas y demás compañeros de trabajo.						

33. En general, como calificaría usted a las enfermeras que trabajan en la Clínica con respecto a:

Escala: MB = Muy Bueno B = Bueno REG = Regular M= Malo MM = Muy Malo

	MB	B	REG	M	MM	NA
Amabilidad						
Presentación Personal						
Disposición de servicio						
Cumplimiento de horario						
Respeto por los compañeros de trabajo						

34. En general, como calificaría usted al demás personal de la institución (repcionistas, porteros, secretarias, etc) en cuanto a:

Escala: MB = Muy Bueno B = Bueno REG = Regular M= Malo MM = Muy Malo

	MB	B	REG	M	MM	NA
Amabilidad						
Presentación Personal						
Disposición para servir al público						
Cumplimiento de horario						
Respeto por los compañeros de trabajo						

35. Cómo calificaría a la Clínica en los siguientes aspectos:

Escala: MB = Muy Bueno B = Bueno REG = Regular M= Malo MM = Muy Malo

	MB	B	REG	M	MM	NA
Ubicación						
Disponibilidad de parqueadero						
Orden y aseo						
Distribución de las áreas						
Instalaciones físicas						
Dotación de implementos (aparatos especializados para exámenes, drogas, camillas, etc)						
Sueldos ofrecidos						
Pago cumplido de salarios						