

ANÁLISIS SECTORIAL Y COMPETITIVO

Porter (1991) plantea que existen en el entorno de la empresa cinco fuerzas competitivas con las que interactúa permanentemente, estas son:

1. Amenaza de entrada de nuevos competidores potenciales.
2. Rivalidad competitiva de los competidores actualmente existentes.
3. Poder de negociación que tengan los clientes de la empresa.
4. Poder de negociación de los proveedores de la empresa.
5. Fortaleza y calidad de los productos o servicios sustitutos a los ofrecidos por la empresa.



Figura 37. Elementos del Análisis Externo Cercano.

Fuente: elaboración propia con base en Porter (1991).

Análisis estructural del sector

Aunque la universalización de la salud debía haber ocurrido hace 10 o 15 años, sigue existiendo una población no asegurada que se refleja en los contratos que se hacen cada año y que venía reduciéndose, pero que inesperadamente volvió a crecer en 2015, fruto de migraciones y desplazamientos.

La atención de la Población Pobre No Asegurada (PPNA) y la de servicios no cubiertos por el Pos son una responsabilidad del Estado. El HUV es la institución que por excelencia maneja este tipo de pacientes, por lo que la Gobernación del Valle del Cauca mantiene activos estos contratos, siendo estos una relativa venta para el Hospital. Sin embargo, la cobertura por régimen subsidiado sigue en aumento, lo que significa que los pacientes que antes eran de exclusivo manejo en el Hospital por su tipo de pagador se convierten en pacientes atractivos para ser atendidos por instituciones privadas que han migrado su foco de negocio hacia este tipo de asegurados.

Paralelamente a la consecución de "la universalización en salud", varias de las EPS del régimen subsidiado continúan con graves problemas de funcionamiento, como el caso de Caprecom, por citar un ejemplo, entró en proceso de liquidación pudiendo generar importantes pérdidas económicas para las IPS, usuarios, colaboradores, proveedores y otros. En el régimen contributivo también hay problemas, Saludcoop, empresa que recientemente entró en liquidación, generará importantes problemas financieros que llevarán incluso a la quiebra a actores con limitado campo de acción.

Por otra parte, la antigua Corporación Comfenalco Unilibre, institución de tercer nivel de complejidad donde se atendía un número importante de pacientes de régimen contributivo especialmente, cambia su razón social y su objeto de negocio, pasando a ser la IPS de elección para la atención de pacientes de la Nueva EPS. Estas situaciones confluyentes han llevado a que la red de prestadores en la ciudad esté

copada, siendo necesario que población atendida en estas instituciones sea volcada a la red pública.

La red pública municipal ofrece 1.380 camas, a las que se suman las 620 (ahora 500) ofertadas por el Hospital; esta capacidad se ha vuelto insuficiente frente a las demandas cada vez mayores de atención en salud, debido a una combinación de aumento en la universalización de la salud, el crecimiento natural de la población, las migraciones de personas, la no resolutivez de la red primaria que desemboca en mayor carga de enfermedad y el no crecimiento del régimen contributivo por todos los aspectos relacionados con el desempleo y empleo informal.

A todo lo anterior se le añade un ingrediente adicional y es que en el Plan Nacional de Desarrollo aprobado por el Congreso de la República se centraliza la compra de medicamentos y se prevé que un mayor número de personas tengan acceso a los servicios que saldrán necesariamente de los presupuestos públicos, mientras la red privada sigue aprovechando esas oportunidades.

Autores como Porter (1997) plantean que el Análisis Estructural de una industria o sector se convierte en la cuota inicial de una estrategia:

Las cinco fuerzas competitivas conjuntamente determinan la intensidad competitiva así como la rentabilidad del sector industrial, y la fuerza o fuerzas más poderosas son las que gobiernan y resultan cruciales desde el punto de vista de la formulación de la estrategia. (p. 177)

Aún en sectores tan regulados como el de la salud, la intensidad de la competencia se debe a cinco fuerzas competitivas (amenaza de nuevos entrantes de productos y servicios sustitutos, poder de los proveedores, poder de los compradores y poder de rivalidad entre las empresas existentes) de cuya combinación depende el nivel potencial de utilidades en este que se explican por el margen neto de utilidad anual.

La Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) migrando la salud de nuestro país de un Sistema Nacional de Salud hacia un mercado de competencia regulada compuesto por: Empresas Promotoras de Salud (EPS), las Empresas de Medicina Prepagada, las Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), entre otras. Derivándose la necesidad para los directivos del nivel estratégico de las organizaciones de salud de comprender y enfrentar la competencia no de manera estrecha como si esta solo se diera con los competidores directos existentes, sino de forma extendida a través de la interacción de las cinco fuerzas que dan forma y rigen la competencia y la rentabilidad en el sector de la salud.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está compuesto principalmente por las entidades promotoras de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). De acuerdo con el reporte de afiliados Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) por EPS, en 2014 se contaba con 67 EPS para atender la población, de las citadas 67 EPS, seis atienden exclusivamente a población del régimen contributivo, 25 solo atienden población del régimen subsidiado y 36 atienden población de los dos (2) regímenes, tal como se detalla en la Figura 40. Es de resaltar que de acuerdo con los datos de las EPS disponibles en la BDUA, solo Caprecom es pública y a finales de 2015 entró en liquidación.

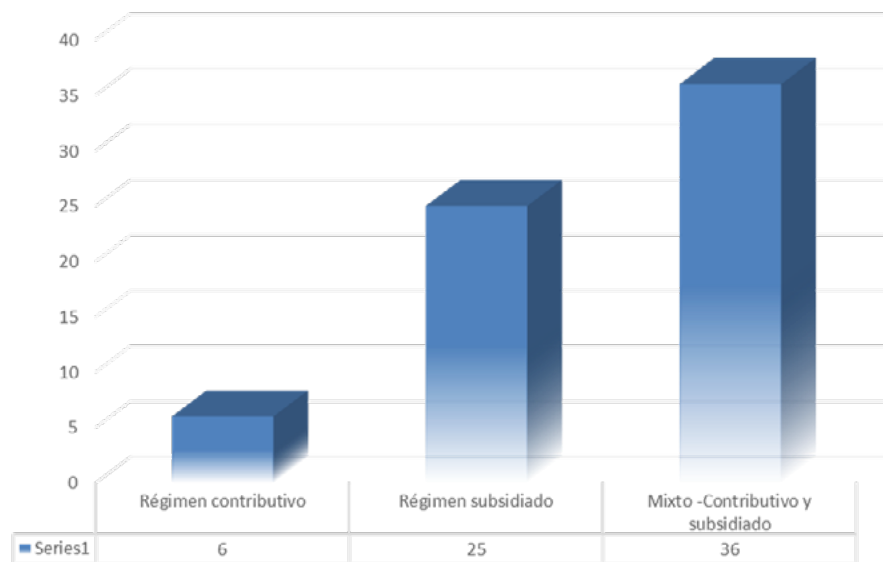


Figura 38. Empresas Promotoras de Salud por régimen (2014).

Fuente: Base de Datos Única de Afiliados a Salud 2014 (Minsalud, Supersalud, 2014).

Por su parte las IPS, de acuerdo con los datos disponibles en la Superintendencia Nacional de Salud, al cierre de 2014, el país contaba con 6.792 IPS de las cuales el 14% eran públicas y el 86% privadas, lo

que permite evidenciar que el sistema de salud está ampliamente dominado por las organizaciones de origen privado tanto en el aseguramiento como en la prestación de los servicios.

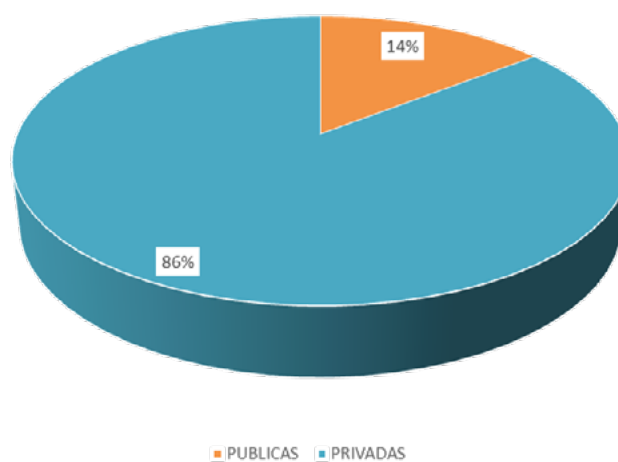


Figura 39. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (2014).

Fuente: elaboración propia con base en estadísticas publicadas por la Superintendencia Nacional de Salud (2014).

El sector salud ha tenido dos momentos importantes en su proceso de financiación, inicialmente, se encuentra el modelo de "subsidio a la oferta", en el que el Estado entrega los recursos a los hospitales, sin relacionar la cantidad de pacientes atendidos con el número de servicios prestados. A partir de la Ley 100 de 1993, se pasa al modelo de "subsidio a la demanda", en el que ya no se garantizan recursos a los hospitales, obligándolos a buscar estrategias de sostenibilidad financiera, evaluando el número de personas atendidas y de servicios prestados.

Llegan a la dinámica las Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades que, por el pago de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) deben asegurar la atención de la salud de los pacientes afiliados a ellas. El modelo propone que esta UPC (subsidio) esté financiada por tres actores: trabajadores, empleadores y el Estado; los recursos son administrados y distribuidos por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), entidad adscrita al Ministerio de Salud, creada con la ley.

Tabla 88. Aseguramiento por Régimen 1995-2019.

Año	Subsidiado	% subsid	Contributivo	% contrib	R. Especiales y Excepción	Total afiliados	Población DANE	Cobertura	Población no afiliada
1995	4.629.193	42,30%	6.317.718	16,90%		10.946.911	37.472.184	29,20%	26.525.273
1996	5.794.882	34,40%	11.039.735	29,00%		16.834.617	38.068.050	44,20%	21.233.433
1997	6.776.168	34,70%	12.749.778	33,00%		19.525.946	38.635.691	50,50%	19.109.745
1998	8.527.061	38,00%	13.910.482	35,50%		22.437.543	39.184.456	57,30%	16.746.913
1999	9.325.832	41,30%	13.240.338	33,30%		22.566.170	39.730.798	56,80%	17.164.628
2000	9.510.566	42,40%	12.904.197	32,00%		22.414.763	40.295.563	55,60%	17.880.800
2001	11.069.182	45,90%	13.044.308	32,00%		24.113.490	40.813.541	59,10%	16.700.051
2002	11.444.003	43,30%	13.735.172	33,20%	1.264.458	26.443.633	41.328.824	64,00%	14.885.191

Continúa

Año	Subsidiado	% subsid	Contributivo	% contrib	R. Especiales y Excepción	Total afiliados	Población DANE	Cobertura	Población no afiliada
2003	11.867.947	43,60%	14.094.619	33,70%	1.264.458	27.227.024	41.848.959	65,10%	14.621.935
2004	15.553.474	49,80%	14.408.562	34,00%	1.264.458	31.226.494	42.368.489	73,70%	11.141.995
2005	18.581.410	52,40%	15.590.619	36,40%	1.264.458	35.436.487	42.888.592	82,60%	7.452.105
2006	19.510.572	51,90%	16.184.214	37,30%	1.910.351	37.605.137	43.405.956	86,60%	5.800.819
2007	20.373.977	51,30%	17.465.944	39,80%	1.910.351	39.750.272	43.926.929	90,50%	4.176.657
2008	20.446.488	50,90%	17.778.887	40,00%	1.910.351	40.135.726	44.451.147	90,30%	4.315.421
2009	20.494.516	50,00%	18.232.720	40,50%	2.222.126	40.949.362	44.978.832	91,00%	4.029.470
2010	21.665.210	50,80%	18.723.118	41,10%	2.222.126	42.610.454	45.509.584	93,60%	2.899.130
2011	22.295.165	50,20%	19.756.257	42,90%	2.347.426	44.398.848	46.044.601	96,40%	1.645.753
2012	22.605.295	50,30%	19.957.739	42,80%	2.347.426	44.910.460	46.581.823	96,40%	1.671.363
2013	22.669.543	50,10%	20.150.266	42,80%	2.402.307	45.222.116	47.121.089	96,00%	1.898.973
2014	22.882.669	49,70%	20.760.123	43,60%	2.402.307	46.045.099	47.661.787	96,60%	1.616.688
2015	23.179.801	49,30%	21.453.376	44,50%	2.402.307	47.035.484	48.203.405	97,60%	1.167.921
2016	22.171.463	47,50%	22.199.204	45,50%	2.260.693	46.631.360	48.747.708	95,70%	2.116.348
2017	22.434.577	48,00%	22.045.454	44,70%	2.287.296	46.767.327	49.291.609	94,90%	2.524.282
2018	22.658.108	48,00%	22.378.384	44,90%	2.138.118	47.174.610	49.834.240	94,70%	2.659.630
2019	22.808.930	47,60%	22.909.679	45,50%	2.243.974	47.962.583	50.374.478	95,20%	2.411.895

Fuente: Dirección Aseguramiento Minsalud, (2019).

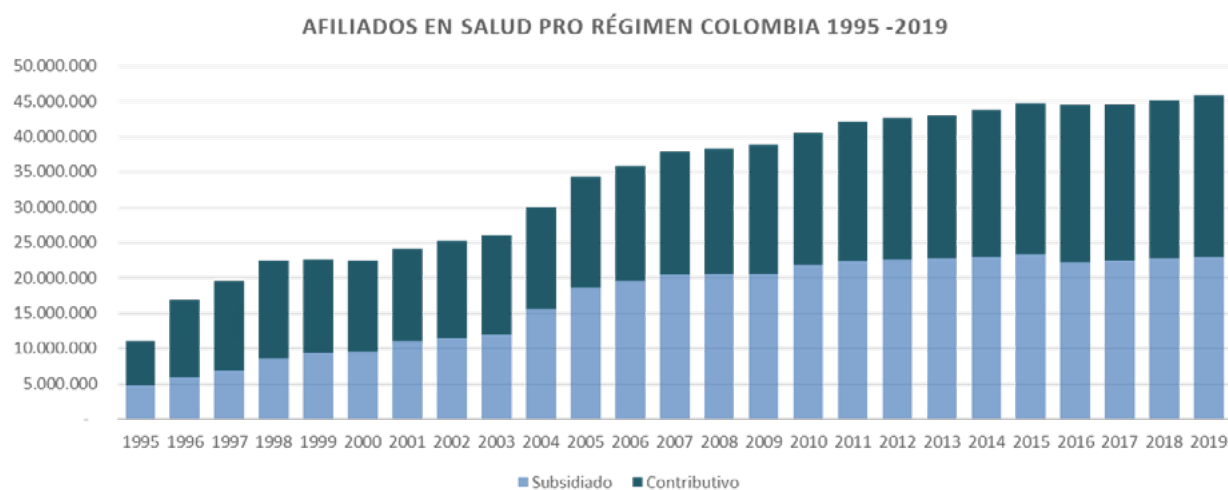


Figura 40. Evolución de la organización hospitalaria

Fuente: elaboración propia a partir de la Tabla 88.

La Figura 40 (Evolución de la organización hospitalaria) muestra cómo, a través del periodo comprendido entre 1995 y 2019, en cumplimiento del principio de cobertura universal el país alcanza los mejores niveles de aseguramiento a partir de 2005, con una mayor participación del régimen subsidiado frente al nivel contributivo; en el año 1993 el régimen contributivo era el de mayor número de afiliados al sistema con aproximadamente un 30% de la población, no existía el régimen subsidiado ni la llamada población pobre no asegurada, la meta del gobierno de entonces, era generar la estrategia para lograr el acceso de toda la población a los servicios de salud, teniendo como premisa que el régimen contributivo sería el que jalónaría ese crecimiento.

Es de resaltar, que en el año 2000, el aseguramiento en salud, a través del régimen subsidiado y el régimen contributivo era del 58.83%, para el año 2019 es del 95.2%, acercándose a la meta de cubrir a la generalidad de la población, pero que con el crecimiento del régimen subsidiado y sin el crecimiento del régimen contributivo generan un mayor esfuerzo en la disponibilidad de recursos públicos para garantizar el acceso y la cobertura de la población, máxime cuando en el porcentaje de la población asegurada por régimen contributivo se incluyen los beneficiarios de las personas que realizan el aporte, y que, por lo tanto, disminuye el número de personas aportantes de recursos. Esto podría explicar, en

alguna medida, que el sector salud para el año 2016 haya tenido un incremento porcentual en la participación del presupuesto nacional asignado, pasando de 8.8% en el 2015 a 12.5% en el 2016, con un valor total de \$20.868 miles de millones de pesos.

Es evidente que el sector salud tiene una gran importancia para el Estado colombiano, pero también lo es que el sistema como tal está gastando más de lo asignado y eso ha generado una crisis que sufren la mayoría de actores del sistema.

Tabla 89. Evolución del IPC y del IPC Salud, 2002-2019.

Evolución del IPC y del IPC salud					
Año	Variación IPC	Variación IPC salud	Año	Variación IPC	Variación IPC salud
2002	7	9,2	2011	3,7	3,6
2003	6,5	8,6	2012	2,4	4,3
2004	5,5	7	2013	1,9	4,4
2005	4,9	5,1	2014	3,7	3,5
2006	4,5	5,3	2015	6,8	5,3
2007	5,7	6,5	2016	5,8	8,1
2008	7,7	5,3	2017	4,1	6,3
2009	2	4,9	2018	3,3	4,4
2010	3,2	4,3	2019	3,8	2,8

Fuente: Así vamos en salud (2010).

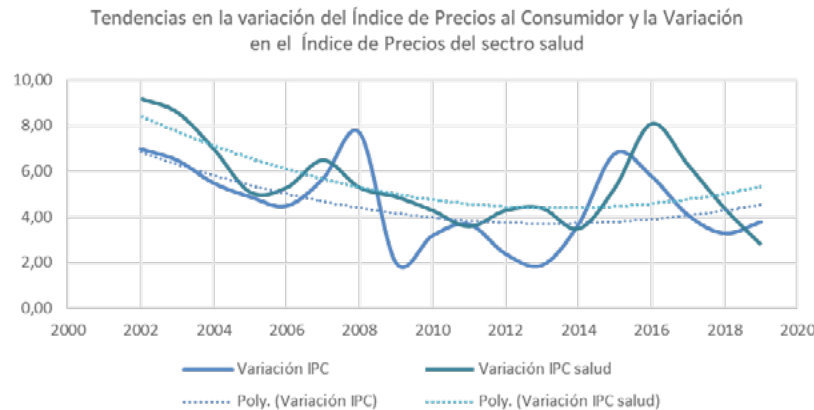


Figura 41. Evolución del IPC-IPC Salud 2002-2020.

Fuente: elaboración propia con base en la Tabla 89.

A nivel departamental, conforme a las indicaciones del Ministerio de Salud y demás regulación correspondiente al sector salud, las propuestas de ajuste en asignación de recursos y competencias se dirigen al logro de la universalización del aseguramiento, la asignación de una única bolsa de recursos por entidad territorial dirigida al aseguramiento y salud pública, al pago de los aportes patronales de las Empresas Sociales del Estado, y al cubrimiento de la estrategia de financiamiento complementaria de las ESE en condiciones especiales.

Las entidades territoriales administran la prestación de servicios de salud en su territorio, cofinancian el régimen subsidiado (a través de rentas propias) y hacen uso de los recursos del Sistema General de Participaciones para financiar prestación de servicios, asegurar la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado y prestar servicios de Salud Pública.

En ese sentido, el departamento del Valle del Cauca, realiza los respectivos estudios para determinar las

zonas de riesgo, e identificar la situación de salud que debe atender. Esto se realizó por medio del documento “Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales” del año 2015, el grupo de Salud Pública ubica los diferentes tipos de riesgo y su distribución en los diferentes municipios del Valle.

De esta manera también se identifican las amenazas y riesgos para los municipios del Valle, categorizados en tres grupos:

1. Escenarios de riesgo asociados con fenómenos de origen geológico.
2. Escenarios de riesgo asociados con fenómenos biosanitarios.
3. Escenarios de otros riesgos.

Todos estos escenarios, identifican posibles amenazas, que, de no ser atendidas, pueden generar un colapso en el sistema de salud de la región.



Figura 42. Panorama de riesgos en Salud en el Valle del Cauca.

Fuente: Minsalud (2016).

Tabla 90. Escenarios de riesgo asociados con fenómenos de origen geológico.

Riesgo por	Municipios
Erupción volcánica (volcán cerro Machín - emisión de ceniza y proyectiles balísticos)	Sevilla, Ulloa, Obando, Alcalá, La Victoria, Cartago, Caicedonia
Movimientos en masa	Caicedonia, La Cumbre, Buenaventura, Dagua, El Águila, El Cairo, Versalles, El Dovio, Toro, La Unión, Roldanillo, Bolívar, Zarzal, La Victoria, Obando
Sismos	Todo el departamento se encuentra ubicado en zona de amenaza sísmica alta. Los centros poblados con mayor número de habitantes expuestos a esta amenaza son: Cali, Palmira, Tuluá, Buga, Buenaventura, Jamundí, Yumbo y Cartago
Tsunami	Buenaventura

Fuente: Minsalud (2016, p. 35).

Tabla 91. Escenarios de riesgo asociados con fenómenos biosanitarios.

Riesgo por	Municipios
Dengue	Todo el departamento
Malaria y Cólera	Municipio de Buenaventura
Gripa AH1N1	Todo el departamento
SIDA	Todo el departamento
Caracol africano	Todo el departamento
Zoonosis (leptospirosis - toxoplasmosis - Cisticercosis)	Todo el departamento

Fuente: Minsalud (2016, p. 35).

Tabla 92. Escenarios de otros riesgos.

Riesgo por	Municipios
Incendios forestales	Cali, Yotoco, Restrepo, El Águila, Toro, Palmira, Florida
Accidentes aéreos	Corredores aéreos Aeropuerto de Palmaseca - Palmira Corredores aéreos Aeropuerto de Santa Ana

Continúa

Riesgo por	Municipios
Accidentes de tránsito	Vía Buenaventura - Cali
	Vía Buenaventura - Buga - Cartago
	Vía Panorama
	Vía Panamericana
	Vía Buga - Zarzal - Armenia
	Vía Armenia - Cartago
Accidentes marítimos (embarcaciones de gran calado)	Vía de acceso fluvial y puerto de Buenaventura
	Ansermanuevo - La Virginia
Accidente férreos	Corredor férreo Buenaventura - Cali - Cartago - Armenia
Afluencia masiva de personas	Equipamientos urbanos en todo el departamento

Fuente: Minsalud (2016, p. 36).

Para la atención de estos posibles riesgos en la zona occidente, la única Empresa Social del Estado con nivel de complejidad alta es el Hospital Universitario del Valle, que cumple como institución prestadora del servicio de salud, en coherencia con el Decreto 1760 de 1990, que define a los hospitales de tercer nivel de complejidad, como instituciones que deben cumplir con los siguientes criterios:

- Frecuencia de los fenómenos o patología que justifique los servicios correspondientes.
- Alta base poblacional en los entes territoriales a cubrir.
- Cobertura de atención a otros entes territoriales que cuenten con entidades del primero y segundo nivel de atención.
- Tecnología requerida de la más alta complejidad y atención por personal especializado y subespecializado en el área para convertirla como polo de desarrollo de regiones mayores en el país.

Adicionalmente, en la zona occidente son pocas las instituciones que cumplen con los criterios señalados en la Ley 1438 de 2011 para constituirse como

hospital universitario, entendiendo que deben ser escenarios de práctica que generan el espacio para el entrenamiento universitario, enfocado principalmente en programas de posgrado, supervisado por autoridades académicas competentes y comprometidas con las funciones de formación, investigación y extensión, y que cumplen con unas características explícitas señaladas en el artículo 100, así:

1. Estar habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
2. Tener convenios de prácticas formativas, en el marco de la relación docencia servicio, con instituciones de educación superior que cuenten con programas en salud acreditados.
3. Diseñar procesos que integren en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación, la prestación de los servicios asistenciales.
4. Contar con servicios que permitan desarrollar los programas docentes preferentemente de posgrado.
5. Obtener y mantener reconocimiento nacional o internacional de las investigaciones en salud que realice la entidad y contar con la vinculación de por lo menos un grupo de investigación reconocido por Colciencias.
6. Incluir procesos orientados a la formación investigativa de los estudiantes y contar con publicaciones y otros medios de información propios que permitan la participación y difusión de aportes de sus grupos de investigación.
7. Contar con una vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa.

Tendencias tecnológicas

El desarrollo de las tecnologías de información y comunicación ha influenciado los diferentes escenarios con los que interactúa el ser humano.

Castells (2010) describe como diferentes países presentan una tendencia cada vez más informacional:

Japan, Spain, China, Brazil, as well the United States, are and will be more so in the future informational societies, in the sense that the core

processes of knowledge generation, economic productivity, political /military power and media communications are already deeply transformed by the informational paradigm, and are connected to global networks of wealth, power and symbols working under such a logic. Thus, all societies are affected by capitalism and informationalism and many societies (certainly all major societies) are already informational. (p. 20)

En un sector como la salud cuyo nivel de complejidad en sus procesos asistenciales, financieros y administrativos, el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación, así como las tecnologías en salud, son imperativos, toda vez que las tecnologías en salud constituyen las herramientas que permiten optimizar los procesos de diagnóstico, rehabilitación, promoción, prevención y paliación, así como la búsqueda permanente de la seguridad del paciente, la optimización de la medicación, el monitoreo y evolución con mayores grados de precisión y certeza.

Las tecnologías en salud (TS) abarcan desde una linterna hasta una tomografía axial computarizada y desde una tableta de ácido acetil salicílico hasta un bloqueador del factor de necrosis tumoral. Claramente, las TS no son sinónimos de desarrollos recientes, ni tampoco se limitan a medicamentos o procedimientos curativos excluyendo intervenciones preventivas. Aún más, puede llegar a abarcar los modelos organizacionales bajo los cuales operan los agentes de un sistema o inclusive comprende las metodologías cuantitativas para la definición de un plan básico de beneficios y de su correspondiente precio. (Cubillos, 2006, p. 11)

El desarrollo tecnológico en el sector salud constituye uno de los mayores retos de los Estados, precisamente por tratarse de un servicio público tutelado por el Estado, elevado a la calidad de derecho humano conexo a la vida; por lo tanto, el acceso a la conectividad a través de diferentes dispositivos hace parte de la agenda pública, las decisiones de consumo de la sociedad y la familia, por ende la presencia de la información en la nube, como hoy día se le conoce, propicia nuevos escenarios, retos y riesgos, para la salud física y mental de los habitantes en un territorio.

Para la Conferencia Económica Latinoamericana — CEPAL—, citada en Fedesarrollo (2011) se estableció que:

A nivel de salud, la banda ancha no sólo mejora la gestión de la información, sino que permite la prestación de servicios médicos de diagnóstico y tratamiento a distancia. Es innegable que el acceso a banda ancha como parte de una estrategia integral de uso intensivo de TIC en el sector salud aportaría a la mejora en la calidad y eficiencia del sistema, a la reducción de costos en el sistema, al avance hacia la universalización de la cobertura, y a la oportunidad en la atención y la **generación de alertas en zonas apartadas**.

Con un acceso y uso apropiado del internet de alta velocidad, los sistemas médicos rurales o en zonas urbanas de bajos ingresos podrían beneficiarse de la consulta permanente por parte del personal médico a especialistas de todo el mundo, los traslados intermunicipales de doctores y pacientes se reducirían, y se dispondría de servicios médicos que en otras circunstancias no existirían en dichas regiones. (p. 65)

De la cita anterior se puede reiterar lo indispensable que resulta, contar con sistemas inteligentes en lo misional y lo administrativo del sector salud, para brindar un servicio de calidad, controlar los recursos y optimizar la gestión de los centros de salud públicos y privados.

A partir de estos postulados, el Gobierno Nacional en la agenda digital ha definido, planes y programas que involucran estrategias de logro con miras a alcanzar a través del Nodo de Innovación Salud en 2017.

Ser un referente nacional para el desarrollo de proyectos innovadores, de clase mundial; apoyará la normalización, estandarización, el desarrollo, la adopción, la integración y la operación del sector salud colombiano, a través del uso de las TIC, que garantice una sociedad más equitativa, simplificación de trámites, reducción de riesgos, aumento de la seguridad de los usuarios, rendimiento y rentabilidad sectorial, impulsando al país hacia un liderazgo regional. (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2014, p. 44)

Los objetivos planteados por el Ministerio de TIC, se enuncian a continuación:

- Aplicar las TIC para el fortalecimiento del sistema general de seguridad social en salud.
- Apoyar la normalización, estandarización y reglamentación de la Historia Clínica Electrónica e Interoperabilidad Sectorial.
- Detectar y apoyar las iniciativas locales y regionales de Salud.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud de la población con oportunidad y calidad, y mejorar la capacidad de resolución de las instituciones de salud, mediante la utilización innovadora de las TIC.
- Dar a conocer la importancia de un planteamiento de eSalud para aumentar la equidad en salud.

El documento aquí referenciado también plantea el fortalecimiento de las redes de servicio y una modificación estructural en el direccionamiento del servicio, lo que guarda coherencia con lo que hoy esboza el esquema:

MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud. El planteamiento busca Tener información médica disponible de los pacientes en forma electrónica en las unidades de atención, ayuda a mejorar la calidad en la atención, a reducir errores médicos y a hacer más eficientes los procesos médicos y administrativos. (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2014, p. 28)

Las tecnologías de salud y de soporte a los procesos de apoyo al servicio de salud (administrativos, logísticos, de referencia y contrarreferencia, técnicos y financieros), requieren tener inmerso en su arquitectura, esquemas de conectividad, conductibilidad e interacción permanente para optimizar el servicio, por lo que la agenda plantea una interacción de componentes de la siguiente macroestructura (ver Figura 43).

En una articulación permanente de la información sectorial de salud y su interacción con la información estadística de apoyo, la política sectorial en materia de tecnologías en salud apunta a la creación de redes integradas con nodos en los hospitales de alta complejidad.



Figura 43. Componentes de las tecnologías en salud.

Fuente: Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (2014, p. 29).

Se plantea un cambio en el modelo asistencial que busque:

Potenciar el modelo de salud mediante el desarrollo del subsistema de información en tres aspectos: **i)** Formulación de un modelo de interoperabilidad de la historia clínica electrónica, anclada en el desarrollo paralelo de su necesaria normalización y estandarización; **ii)** Desarrollo del Sistema Maestro de Información - Sector Salud, que cobije como áreas de desempeño fundamentales la financiación, el aseguramiento y la gestión del riesgo en salud, la prestación de los servicios, la rendición de cuentas, la calidad de los servicios, la seguridad de los pacientes y la salud pública; y **iii)** Fortalecimiento de la capacidad resolutoria del primer nivel de complejidad a través de la implementación e integración de

servicios de telemedicina, con otros desarrollos en soluciones móviles, APS y atención encasa, buscando robustecer el concepto de redes integradas de servicios de salud, con aplicaciones TIC salud. (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2014, pp. 29-30)

Se plantea un modelo de atención centrado en la persona, mediante servicio integrado de acuerdo con el riesgo del paciente y no el nivel de complejidad de la IPS, con mayor capacidad resolutoria en los niveles de baja complejidad y cero autorizaciones telefónicas; la red de datos debe propender por eliminación en las barreras de acceso con reglamentación en tiempos de respuesta. El modelo de atención propuesto por la Agenda de Conectividad Nodo Salud es el siguiente:

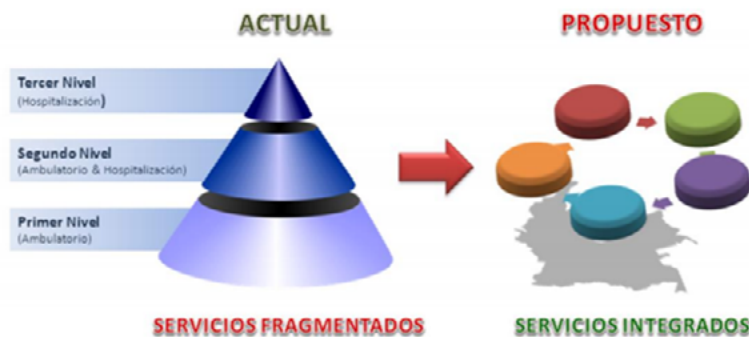


Figura 44. Modelo de atención en salud.

Fuente: Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (2014, p. 30).

Los factores que posibilitan la inserción de este modelo, tienen que ver con la disponibilidad de tecnologías de punta, e interacción de los componentes que se muestran en la Tabla 93.

El planteamiento de un sistema de salud único en red que permita agregación de datos sectoriales (macro-estructura, meso-estructura y micro-estructura), requiere articular los componentes y los actores, así

como estructurar características que permitan disponer de bases de datos relacionales para facilitar:

- La toma de decisiones.
- La planeación sectorial.
- El manejo y control de los recursos.
- La calidad del servicio y efectividad de los tratamientos.
- La calidad de los profesionales,

Tabla 93. Componentes del sistema de salud.

Componente	Actores	Funciones y productos
Usuarios del servicio	Población: Pacientes Personas sanas expuestas al riesgo	Autocuidado, uso del servicio, hábitos de vida saludables, acudir y/o consultar ante síntomas de enfermedad
Regulación	Público Privado	Estudio análisis y diseño de Normas, Códigos, Protocolos, ética y valores
Organización- Seguros y/o aseguramiento	Estado, promotores, prestadores, profesionales, supervisores y financiadores	Interacción de actores y funciones
Formadores	Organizaciones públicas y privadas de educación en salud	Provisión de capital humano para el cuidado, la prevención, recuperación de la salud e investigación sanitaria
Profesionales	Médicos, enfermeras, farmacéutas, Odontólogos, Biomédicos Fisioterapeutas, Bacteriólogos, entre otros	Prestar el servicio preventivo y curativo – investigación (prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y educación)
Supervisión y vigilancia	Públicos, organizaciones profesionales	Vigilancia epidemiológica y de salud pública, protocolos de calidad, uso de recursos, observancia normativa, medicamentos
Investigadores	Profesionales de la salud y otras áreas	IID en salud
Financiación	Estado (impuesto-SGP) Instituciones (aportes, donaciones, ayudas mutuales) Usuarios (aportes, cuotas moderadoras y copagos)	Provisión del flujo de recursos para adelantar los procesos de promoción, prevención, diagnóstico, rehabilitación, educación, investigación y paliación, propios de la salud
Calidad	Responsables del servicio	Establecer los protocolos que permitan resguardar la salud de la población mediante acciones preventivas y recuperativas
Instituciones	Estado, Aseguradoras, Promotoras, Prestadoras, Supervisoras, hospitales, Proveedores de insumos, medicamentos y apoyo diagnóstico	Prestar el servicio en términos de calidad, eficiencia y eficacia
Tecnología	Todos los actores	ID health, telemedicina, Historia clínica, Vademécum médico, SDAC: Sistemas de diagnóstico asistido por computador
Infraestructura	Clínicas, hospitales, UCI, ambulancias, puestos de salud, Secretarías de salud (logística) Centrales de urgencia CRUE	Prestación del servicio

Fuente: elaboración propia.

- El control de los riesgos asociados a la morbilidad y mortalidad, pandemias, epidemias y demás riesgos asociados a la salud.
- La eliminación de barreras de acceso al sistema (identificación o ID health), la disminución de autorizaciones o autorizaciones en red, la asignación de citas en línea, camas, UCI, la agilidad en los sistemas de referencia y contra referencia.
- Uso de la cobertura de necesidades de tecnología: (Telemedicina, historia clínica electrónica, informática hospitalaria, bioinformática transnacional, informática de salud pública, entre otros.

Sistemas de telemedicina y telesalud

La **Telesalud**, corresponde a la utilización de las tecnologías de la información y las comunicaciones para proporcionar salud y servicios de atención médica e información a grandes y pequeñas distancias, entendiéndose que comprende la prevención, la promoción y los diagnósticos de autoatención y tratamiento. Podría decirse que los actores de salud han apropiado técnicas de telemedicina, cuando a través de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) han logrado adecuar sus funciones de prevención promoción y diagnóstico, logrando un mejoramiento sustancial en la atención a los pacientes y en la relación médico paciente orientado a las mejores prácticas en salud, eliminando las barreras de distancia y propiciando más facilidades de acceso en condiciones de igualdad e integralidad. "La telemedicina se define como la utilización de sistemas que permiten el inmediato acceso a expertos o a información de pacientes con independencia de ubicación del paciente o de su información relevante" (Marimón, 1999, p. 307). Otra definición aproximada que da el mismo autor es citada en el proyecto MED-SALUD, "Telemedicina es la provisión de atención médica a pacientes en cualquier parte del mundo mediante la combinación de las telecomunicaciones y la experiencia médica" (Marimón, 1999, p. 307).

Participantes potenciales, riesgo de nuevas instituciones

Revisando el ranking de IPS privadas de alta complejidad, con posibilidad de expansión por su calidad

y solidez financiera, encontramos que podrían dar cobertura de servicios en el suroccidente y constituirse en fuertes competidores del HUV las siguientes:

Tabla 94. Ranking 2015 IPS y ESE con mejor reputación (puntos).

PUESTO / ENTIDAD	PUNTOS
1° Fundación Valle del Lili	10.000
2° Fundación Santafé	9.881
3° Hospital Pablo Tobón Uribe	8.997
4° Fundación Clínica Shaio	7.988
5° Fundación Cardio Infantil	7.713
6° Hospital Universitario San Vicente Fundación	7.500
7° Clínica del Country	7.217
8° Fundación Cardiovascular de Colombia	7.195
9° Centro Médico Imbanaco (antes de entrada en operación de la nueva sede)	6.988
10° Clínica de Marly	6.755
11° Instituto Nacional de Cancerología	6.552
12° Clínica Reina Sofía	6.129
13° Centro Médico Carlos Ardila Lülle	6.096
14° Hospital Militar Central	6.009
15° Clínica Foscal	5.880
38° Hospital Universitario del Valle "Evaristo García"	4.525

Fuente: Merco Salud (2015).

El Ranking de IPS, publicado por Merco Salud 2015 mide la reputación de un Hospital / Clínica, mediante la aplicación de instrumentos a una muestra representativa de actores (Directivos, Gerentes de salud, médicos, miembros de asociaciones de pacientes, periodistas de salud, trabajadores del sector salud y funcionarios de gobierno responsables del sector) que permiten medir la percepción de calidad.

Tal como se observa en la tabla del Ranking, la amenaza de potenciales nuevos competidores, es evidente no solo por la gran diferencia en las percepciones de calidad que tiene el Hospital Universitario del Valle frente a sus competidores inmediatos (Valle del Lili e IMBANACO), sino por la expectativa

Tabla 95. Análisis comparativo de ranking y comparación financiera.

IPS	Puesto ranking	Puntos Ranking	Año cifras EEFF	Nivel de deuda	Liquidez	Costo / Ingreso	Gasto / Ingreso
Fundación Valle de Lili (ampliación de cobertura)	1	10.000	2013	50.8%	2.15	84%	12%
Fundación Santafé	2	9.881	2014	22%	1.8	85.9%	13.9%
IMBANACO (Nueva estructura)	9	6.988	2014		2.1	75.8%	23%
Clínica Marly	10	6.755	2013	14%	2.2	68%	13%
Hospital Universitario San Ignacio	19	5.620	Sin	-	-	-	-
HUV	38	4.526	2015	53%	0.7	119%	71%

Fuente: elaboración propia con base a los estados financieros publicados en la página web de cada una de las entidades.

que puede generar un eventual cierre del HUV frente a las posibilidades de ampliación de cobertura de los ya existentes y de nuevos con gran prestigio en nivel de complejidad III, presentes en otras ciudades, con una situación financiera sólida que les permite extenderse hacia el suroccidente colombiano, tal como se aprecia en la Tabla 93.

Aunque es evidente la disparidad de los datos en materia de tiempo (años diferentes), vale la pena aclarar que el comportamiento es similar en materia de costos y gastos, así como el de endeudamiento, solo que no se cuenta con EEFF certificados y dictaminados con cierre al 2015. Hecha la anterior precisión y a partir de la cifra considerada en la tabla anterior se puede concluir que ante una eventual liquidación del HUV, muchas instituciones privadas pueden beneficiarse no solo por su solvencia sino por su alta credibilidad en materia de calidad tal como se evidencia en el Ranking presentado en esta sesión.

Poder de negociación del cliente

Antecedentes

Con el advenimiento del sistema de aseguramiento instituido en la Constitución Política de 1991, reglamentada posteriormente por la Ley 100 de 1993, modificada parcialmente por la Ley 1122 de 2007, la 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015 o estatutaria de la salud entre otras, los hospitales públicos locales, re-

gionales, universitarios y especializados de carácter asistencial, se transformaron en Empresas Sociales del Estado —ESE—, o IPS públicas e iniciaron un proceso de mutación hacia entidades que hoy día deben competir e interactuar con organizaciones de naturaleza privada, tales como las Empresas Promotoras de Salud —EPS— y las Instituciones Prestadoras de Salud —IPS—, que por demás se les permite la integración vertical (las EPS son dueñas de IPS y por lo tanto preferirán contratar el servicio con las entidades de su grupo). La regulación es débil cuando define el porcentaje y la forma como deben contratarse las ESE.

Los hospitales públicos que estaban acostumbrados a funcionar al interior del gobierno de turno y a depender del giro de recursos por parte del Estado ante las necesidades que enfrentaban, se han demorado en acostumbrarse a ser ESE que funcionan ante un mercado abierto en un tema que es un derecho fundamental, como lo es el de la salud. Es decir, han tenido que enfrentarse al mercado, a la competencia, sin que tengan claro lo que ello significa.

En este escenario competitivo, surgen una serie de factores que obligan a repensar el modus operandi de los sistemas de contratación del servicio, toda vez que las relaciones contractuales asimétricas por demás, diezman la participación de las ESE en la cobertura del servicio, ocasionando detrimento en sus finanzas, su crecimiento e impactan negativamente los procesos de investigación y docencia inherentes a los

hospitales universitarios como el caso del HUV. Peor aún, el modelo de atención al paciente sigue en el pasado y mientras en las IPS privadas se atiende con amor y cariño a los pacientes y se les considera unos “clientes” a los que se cuidan en extremo, en las ESE públicas el concepto de cliente se mira con temor y se trabaja todavía a la defensiva con dichos pacientes.

Regulación en desventaja

El Artículo 16 de la Ley 1122 de 2007 establece que la:

Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo. Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado. Dicho porcentaje será, como mínimo, el sesenta por ciento (60%). (p. 8)

Siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán

contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESE escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas. (Ley 1122 de 2007, p. 8)

Si bien es cierto el texto del artículo anterior tiene como espíritu normativo garantizar la contratación del servicio con las ESE, las condiciones adicionales como la capacidad resolutive, requisitos e indicadores, tarifas competitivas entre otros, hacen que se vulnere la ya citada Ley 1122 de 2007.

Capacidad de negociación

Con las EPS

El poder dominante en la negociación lo tiene la EPS, puesto que por ley de oferta y demanda del servicio en un escenario altamente competitivo el precio es sensible a la decisión de contratación, esta situación es evidente en la información publicada por la Superintendencia Nacional de Salud, en el tema de costo del servicio; sin pretender afirmar de que se trata de una estadística confiable; por lo menos da una idea de la dispersión de costos que hay entre entidades y que por lo tanto las EPS contratan (envían los pacientes) a quien les ofrezca los menores costos; a manera de ejemplo sobre dispersión de costos se cita el siguiente detalle:

Tabla 96. Ejemplo de dispersión de costos de algunos servicios de salud.

Cups	Procedimiento	Compensar	Cooimeva	Demás EPS	
				Mínimo	Máximo
116	Trasplante de córnea	2.334.666	1.412.416	642.200	1.324.957
147	Procedimientos cuerpo vítreo	2.761.592	2.982.155	859.541	2.384.173
161	Extracción cuerpo extraño	-	1.212.709	335.963	736.872
168	Reparación lesión globo y órbita	2.074.367	6.661.887	602.074	1.043.208
191	Estapedectomía	1.659.521	9.151.858	891.967	1.252.191
204	Mastoidectomía	1.142.521	2.864.982	719.774	1.043.927
375	Trasplante de corazón	59.971.133	46.991.448	3.500.362	13.598.724
770	Secuestrectomía drenaje desbridamiento	2.934.389	2.951.912	352.176	1.758.040
772	Osteotomía	2.452.294	2.133.241	425.350	1.613.256
805	Escisión o ablación de disco intervertebral	4.133.915	4.520.454	968.466	2.002.542

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud (2009).

En el indicativo de costo, como variable decisiva de competitividad también se evidencia que el HUV tiene el menor margen de contribución frente a entidades pares; así lo muestran dichos indicadores calculados con base en los reportes de la Contaduría General de la Nación consultados del sistema Consolidador de Hacienda—CHIP— de la entidad, tal como se muestra en la Tabla 97.

Para el caso de IMBANACO los estados financieros publicados al 31/12/2014 muestran que la relación

costo/servicio fue del 67.61%, el gasto/el ingreso corresponde al 23.37% (incluyendo pérdida en venta y retiro de bienes, así como gastos extraordinarios de ejercicios anteriores).

Los datos aquí citados muestran que los márgenes de costo del servicio dejan al Hospital fuera de la media general del mercado y que, por lo tanto, ofrecen servicios a pérdida o simplemente disminuyen el ingreso.

Tabla 97. Información financiera Hospitales Públicos a 31/12/2014.

Concepto	HUV	Tunal	Samaritana	Simón Bolívar	Erasmomez	Valle del Lili	Univ Caldas
Ingresos servicios	132.658.840	122.129.786	184.868.274	113.648.470	104.468.451	417.420.587	66.092.051
Ingresos otras fuentes	71.558.248	8.825.561	29.249.818	15.773.546	23.894.902	19.180.755	8.148.214
Gastos	93.955.098	37.560.106	38.327.862	37.674.852	16.571.319	49.239.732	17.796.855
Costos	158.270.211	91.150.929	143.015.707	91.514.268	67.319.113	351.562.645	48.433.091
Resultado	-48.008.221	2.244.312	32.774.523	232.896	44.472.921	35.798.965	8.010.319
%gasto/ingreso servicio	71%	31%	21%	33%	16%	12%	27%
%costo/servicio	119%	75%	77%	81%	64%	84%	73%
* resultado/ servicio	-36%	2%	18%	0%	43%	9%	12%

Fuente: Sistema Chip Contaduría General de la Nación-Informe de gestión Valle del Lili (2014).

Tabla 98. Información financiera Hospitales Públicos a 30/09/2015.

Concepto	HUV	Tunal	Samaritana	Simón Bolívar	Erasmomez	Univ Caldas
Ingresos servicios	150.978.545	101.660.266	149.803.181	97.764.103	88.507.752	58.605.195
Ingresos otras fuentes	60.395.904	6.358.517	10.439.770	5.855.354	10.256.438	11.669.241
Gastos	110.640.527	19.422.388	29.258.486	22.789.983	16.571.319	8.210.519
Costos	138.508.603	79.691.997	113.317.202	80.134.850	60.677.342	38.106.050
Resultado	-37.774.681	8.904.398	17.667.263	694.624	21.515.529	23.957.867
%gasto/ingreso servicio	73%	19%	20%	23%	19%	14%
%costo/servicio	92%	78%	76%	82%	69%	65%
* resultado/servicio	-25%	9%	12%	1%	24%	41%

Fuente: Sistema Chip Contaduría General de la Nación (2015).

Con la Gobernación del Valle

En el caso del Departamento, cuando se presentan los contratos de capitación, se trazan lineamientos que deterioran los flujos de efectivo del Hospital, toda vez que el derecho a la salud, como derecho conexo a la vida prima sobre cualquier otro ordenamiento o proceso contractual y los recursos son insuficientes

para atender la demanda. Aunque la Gobernación del Valle no lo acepta, los estados financieros de los años comprendidos entre 2012-2015 muestran los siguientes valores de servicios prestados por encima de los valores recaudados a través de contratos por unidad de capitación:

Tabla 99. Radicación de facturación de contratos con la Gobernación 2012-2015 (por capitación y por evento).

MES	RADICACIÓN 2012	RADICACIÓN 2013	RADICACIÓN 2014	RADICACIÓN 2015
Enero	12.545.326.567	15.703.368.310	13.262.370.371	18.038.818.211
Febrero	14.954.442.419	11.517.852.958	11.741.542.716	11.946.057.008
Marzo	14.942.890.333	9.976.721.565	11.434.248.030	8.021.951.195
Abril	12.279.924.515	12.853.317.725	12.636.772.472	6.234.397.916
Mayo	15.728.250.439	13.099.290.382	12.958.291.495	12.764.261.645
Junio	13.941.391.627	11.823.989.825	15.058.766.831	12.675.393.637
Julio	13.815.461.456	13.169.031.338	14.072.645.788	17.927.982.534
Agosto	11.832.456.694	15.730.145.788	14.293.605.322	16.229.533.157
Septiembre	8.863.134.613	18.025.379.633	11.038.950.100	17.758.719.794
Total	118.903.278.663	121.899.097.524	116.497.193.125	121.597.115.097

MES	RADICACIÓN 2012	RADICACIÓN 2013	RADICACIÓN 2014	RADICACIÓN 2015
Enero	12.545.326.567	15.703.368.310	13.262.370.371	18.038.818.211
Febrero	14.954.442.419	11.517.852.958	11.741.542.716	11.946.057.008
Marzo	14.942.890.333	9.976.721.565	11.434.248.030	8.021.951.195
Abril	12.279.924.515	12.853.317.725	12.636.772.472	6.234.397.916
Mayo	15.728.250.439	13.099.290.382	12.958.291.495	12.764.261.645
Junio	13.941.391.627	11.823.989.825	15.058.766.831	12.675.393.637
Julio	13.815.461.456	13.169.031.338	14.072.645.788	17.927.982.534
Agosto	11.832.456.694	15.730.145.788	14.293.605.322	16.229.533.157
Septiembre	8.863.134.613	18.025.379.633	11.038.950.100	17.758.719.794
Total	118.903.278.663	121.899.097.524	116.497.193.125	121.597.115.097

Fuente: Área de Facturación HUV (2015).

Tabla 100. Estado actual de los contratos y valores no recuperados en contratos capitados.

Año	Modalidad	Acta liquidación	Valor contrato	Facturación	Saldo por exceso de demanda	Observaciones
2006	Disponibilidad de servicios	Unilateral	40.757.508.669	67.334.439.881	26.576.931.212	
2007	Disponibilidad de servicios	Sí	60.469.434.543	74.564.852.140	14.095.417.597	
2008	Capitación	Proyecto acta	59.720.333.320	85.619.004.768	25.898.671.448	
2009	Capitación	Sí	40.003.314.422	90.246.849.196	42.219.696.437	Se reconoció de esta modalidad un pago por el ministerio se auditó y concilió con la ssdv
2010	Capitación	Proyecto acta	12.600.000.000		11.974.859.057	
	Capitación		10.568.276.737			

Fuente: Área de Facturación HUV (2017).

Son precisamente los contratos capitados, el inicio a los problemas financieros que el HUV ha tenido. Desde ese momento se iniciaron los incumplimientos reiterados con diferentes acreedores y se generó una "bola de nieve" a la que se le han ido agregando problemas cada vez más crecientes.

Presión proveniente de los productos sustitutos

Lipsy et. all. (citados por Rosselly et. all., 2000) destacan que: "En la teoría económica clásica, la demanda también se modifica por la presencia de servicios sustitutos y servicios complementarios" (p. 65). Roseelly et. all., en el mismo párrafo exponen que:

En el campo de la salud en general los servicios sustitutos son todos aquellos que en algún momento reemplazan la atención por profesionales de la salud. Ahí se incluirían las comadronas o parteras empíricas, como competencia de los ginecobstetras, los sobanderos que compiten con los ortopedistas, los farmaceutas que recomiendan medicamentos sin prescripción y en general brujos, parasicólogos, alternativos, yerbateros, homeópatas (...) otros que sustituyen la función médica y que en ocasiones son difíciles de establecer. (2000, p. 65)

En materia de servicios complementarios, podría decirse que los exámenes de apoyo diagnóstico, los servicios de anestesia, los medicamentos, ciertas terapias, pueden convertirse en factores desestimulantes de determinadas demandas, como una consecuencia de la mejora en las tecnologías biomédicas. Al paciente y a los intermediarios (EPS, IPS, Estado) les puede resultar más económico y seguro contratar con entidades que cuenten con tecnologías de punta para prestar los servicios complementarios.

Según datos de la Encuesta de Calidad de Vida 2012, ante la pregunta "¿Qué hicieron quienes no demandaron servicios médicos?" las respuestas fueron:

La mayoría de las personas que no asistieron a un centro de atención médica ni a un médico independiente utilizaron remedios caseros o se auto recetaron (64,3%), mientras que el 22% acudió a un boticario, farmaceuta, droguista, y el 11% no hizo nada ante el problema de salud. (Ayala, 2014, p. 7)

Resalta Ayala (2014) citando a Gold (1998) que este comportamiento "refleja la necesidad de considerar la existencia de barreras culturales al acceso y de conocimiento del sistema a la hora de llevar a cabo políticas que busquen mejorar en este aspecto" (p. 7). A continuación, se citan datos de alternativa a la demanda por servicios médicos, que permiten evidenciar lo descrito anteriormente.

Tabla 101. Servicios alternativa a la demanda.

Alternativa a la demanda	Porcentaje de personas
Uso remedios caseros	34,9
Se autorecetó	29,3
Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista	21,8
Nada	10,7
Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona	2,4
Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.)	0,9
Total	100,0

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2012 (Ayala, 2014).

Poder de negociación del proveedor

A raíz del debilitamiento financiero del Hospital, la imagen corporativa ante los proveedores se ha venido debilitando, hasta el punto de que el anuncio

de la aprobación de hacer uso de la ley de insolvencia no resulta atractivo para suministrar medicamentos e insumos al hospital, por lo que, difícilmente podría prestar el servicio salvo que se implemente un sistema de pago de estricto contado. Los continuos incumplimientos en los pagos han hecho que los proveedores restrinjan cualquier negociación con el Hospital, y los pocos que le dan el sí tienen que contrarrestar el riesgo vendiendo a alto costo, toda vez que la diferencia en el precio satisface el costo financiero de la demora en el pago. Otra situación que no puede ser ajena a este análisis es el hecho de presentarse un proveedor o grupo de proveedores, con alto grado de control (en el eventual caso de que el valor de las acreencias supere el 50% de los pasivos) una alianza entre ellos en inicio de aplicación de la Ley 550, significa que son ellos los que tienen el poder para decidir el futuro mediático del hospital. Lo podemos observar en la siguiente tabla que detalla los pasivos más destacados a nivel tercero.

Tabla 102. Detalle de los pasivos a nivel tercero.

Tipo de proveedor	Nit	Tercero	Valor	Participación %
Quirografario	900712945	Unión Temporal Valle Pharma	19.963.632.797	7,75%
Financiero	890308051	Infivalle	16.666.666.666	6,47%
Quirografario	900521307	Asociación Sindical Asstracud	7.487.662.468	2,91%
Quirografario	900522923	Asociación Gremial Especializa	6.796.176.522	2,64%
Quirografario	890399003	EMCALI	6.333.466.120	2,46%
Laborales	860013816-1	Seguro Social	4.862.624.498	1,89%
Laborales	890399010-6	Universidad del Valle	4.773.540.790	1,85%
Quirografario	800197601	Angiografía de Occidente	4.611.788.063	1,79%
Quirografario	830501223	Intercomercial Médica Ltda	4.439.862.778	1,72%
Financiero	860002964	Banco de Bogotá	3.928.571.425	1,53%
Quirografario	890399011	Municipio de Cali	3.807.954.574	1,48%
Financiero	890300279	Banco de Occidente S.A.	3.335.145.659	1,30%
Quirografario	805011262	R.T.S. S.A.S.	3.157.614.898	1,23%
Quirografario	900328323	Miocardio S.A.S.	2.907.498.111	1,13%
Quirografario	CUENTA 29 Y 27	Información sin tercero	76.415.868.896	29,67%

Continúa

Tipo de proveedor	Nit	Tercero	Valor	Participación %
Laborales	CUENTA 25	Información sin tercero	28.115.020.824	10,92%
Quirografario	VARIOS	Varios	56.857.386.660	22,07%
Laborales	VARIOS	Varios	3.112.518.408	1,21%
Total pasivos			257.573.000.157	100,00%

Fuente: elaboración propia con base en estados financieros de la Contraloría General de la Nación (2019).

Intensidad de rivalidad entre competidores actuales

Retomando la Ley 1122 de 2007 con énfasis en su artículo 16 (que se describió anteriormente en la página 236), podría decirse que el Hospital tiene capacidad resolutoria, derivada de su capacidad instalada: 657 camas, de las cuales solo utiliza actualmente 500 incluidas las camas de urgencias, y las correspondientes a las UCI. El hospital tiene la infraestructura y los profesionales para prestar un servicio de calidad, pero ha presentado un debilitamiento financiero, que necesariamente lesiona cualquier idea de proceso de alta calidad, puesto que el servicio requiere además de insumos y recursos humanos, unos procesos con celeridad que permitan obtener insumos en forma oportuna y recursos para su adquisición.

En ese sentido, se realiza el siguiente análisis en el que se comparan los servicios ofrecidos por el Hospital Universitario del Valle, la Fundación Valle del Lili y la Clínica Imbanaco, evidentes competidores en el sector. La información de los distintos servicios fue conseguida a través del Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud -REPS-, plataforma a cargo del Ministerio de Salud. Habiendo obtenido la información se procedió a enfocar el análisis en dos aspectos:

- Servicios por categorías
- Análisis por año

Servicios por categorías

Dentro del análisis externo cercano, uno de los puntos más importantes y significativos es el análisis de los servicios que se prestan, ya que estos pueden brindar diferenciación o convertirse en una des-

ventaja frente a los competidores en un sector tan delicado como el de la salud. A continuación, se presenta un comparativo de servicios por tipo, entre el HUV, Imbanaco y Fundación Valle del Lili.

En términos generales el HUV presta 124 servicios, Imbanaco presta 103 servicios y Fundación Valle del Lili presta 154 servicios. Estos servicios se clasifican en seis categorías, que se desglosan a continuación:

Tabla 103. Servicios de internación HUV.

Servicio	Internación		
	Huv	Imbanaco	Valle del Lili
101- General adultos	Sí	Sí	Sí
102- General pediátrica	Sí	Sí	Sí
103- Psiquiatría o unidad de salud mental	Sí	No presta	No presta
105- Cuidado intermedio neonatal	Sí	Sí	Sí
106- Cuidado intermedio pediátrico	Sí	Sí	Sí
107 - Cuidado intermedio adultos	Sí	Sí	Sí
108 - Cuidado intensivo neonatal	Sí	Sí	Sí
109 - Cuidado intensivo pediátrico	Sí	Sí	Sí
110 - Cuidado intensivo adultos	Sí	Sí	Sí
111- Unidad de quemados adultos	Sí	No presta	No presta
112 - Obstetricia	Sí	Sí	Sí
120 - Cuidado básico neonatal	No presta	Sí	Sí

Continúa

Servicio	Internación		
	Huv	Imbanaco	Valle del Lili
121 - Atención institucional de paciente crónico	No presta	No presta	Sí
124 - Internación parcial en hospital	No presta	No presta	Sí
125 - Unidad de quemado pediátricos	Sí	No presta	No presta

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud -REPS-, plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2016).

Respecto de esta categoría de Internación, se puede resaltar que el HUV cuenta con una ventaja sobre sus competidores en cuanto a la unidad de quemados de adultos y pediátricos. Sin embargo, la Fundación Valle del Lili presta tres servicios más que el HUV; en cuanto a cuidado básico neonatal que también presta Imbanaco, atención institucional de paciente crónico e internación parcial en hospital.

Tabla 104. Servicios de quirúrgicos HUV.

Servicio	Huv	Imbanaco	Valle del Lili
201 - Cirugía de cabeza y cuello	Sí	Sí	Sí
202 - Cirugía cardiovascular	Sí	Sí	Sí
203 - Cirugía general	Sí	Sí	Sí
204 - Cirugía ginecología	Sí	Sí	Sí
205 - Cirugía maxilofacial	Sí	Sí	Sí
206 - Cirugía neurológica	Sí	Sí	Sí
207 - Cirugía ortopédica	Sí	Sí	Sí
208 - Cirugía oftalmológica	Sí	Sí	Sí
209 - Cirugía otorrinolaringología	Sí	Sí	Sí
210 - Cirugía oncológica	Sí	Sí	Sí
211 - Cirugía oral	Sí	Sí	Sí
212 - Cirugía pediátrica	Sí	Sí	Sí
213 - Cirugía plástica y estética	Sí	Sí	Sí

Continúa

Servicio	Huv	Imbanaco	Valle del Lili
214 - Cirugía vascular y an (completar)	Sí	Sí	Sí
215 - Cirugía urológica	Sí	Sí	Sí
218 - Cirugía endovascular neurológica	No presta	Sí	Sí
219 - Trasplante renal	No presta	Sí	Sí
220 - Trasplante de corazón	No presta	No presta	Sí
221 - Trasplante de hígado	No presta	Sí	Sí
222 - Trasplante de pulmón	No presta	No presta	Sí
223 - Trasplante de riñón y páncreas	No presta	No presta	Sí
227 - Cirugía oncológica pediátrica	Sí	Sí	No presta
231 - Cirugía de la mano	Sí	Sí	
232 - Cirugía de mama y tumores tejidos blandos	No presta	Sí	Sí
233 - Cirugía dermatológica	No presta	Sí	Sí
234 - Cirugía de tórax	Sí	Sí	Sí
235 - Cirugía gastrointestinal	Sí	Sí	Sí
237 - Cirugía plástica oncológica	No presta	Sí	Sí
238 - Trasplante De Intestino	No presta	No presta	Sí
239 - Trasplante multivisceral	No presta	No presta	Sí
240 - Trasplante de tejidos oculares	Sí	Sí	Sí
241 - Trasplante de tejido osteomuscular	Sí	Sí	Sí
242 - Trasplante de progenitores hematopoyéticos	No presta	Sí	Sí
243 - Trasplante de piel y componente de la piel	Sí	No presta	No presta
244 - Trasplante de tejidos cardiovasculares	No presta	Sí	Sí

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2016).

En la Unidad de Servicios Quirúrgicos el Hospital Universitario del Valle no cuenta con ventajas sobre las dos instituciones en comparación debido a que solamente en los servicios de trasplantes de la piel y sus componentes tiene un ítem a favor sobre las otras dos. Por el contrario, es evidente que la Fundación Valle del Lili (FVL) cuenta con una oferta de servicios completa que en materia de trasplantes de órganos es dominante aún sobre la misma clínica Imbanaco. Lo que representa una gran brecha a nivel de cirugías vitales, en las cuales el HUV no puede brindar asistencia, dejando de lado pacientes y por ende posibles dineros a recaudar.

Tabla 105. Servicios de Consulta Externa HUV

Servicio	Huv	Imbanaco	Valle del Lili
	Consulta externa		
301 - Anestesia	Sí	Sí	Sí
302 - Cardiología	Sí	Sí	Sí
303 - Cirugía cardiovascular	Sí	No presta	Sí
304 - Cirugía general	Sí	No presta	Sí
305 - Cirugía neurológica	Sí	No presta	Sí
306 - Cirugía pediátrica	Sí	No presta	Sí
308 - Dermatología	Sí	Sí	Sí
309 - Dolor y cuidados paliativos	Sí	Sí	Sí
310 - Endocrino prestatología	No presta	Sí	Sí
311 - Endodoncia	Sí	No presta	No presta
312 - Enfermería	Sí	Sí	Sí
313 - Estomatología	Sí	No presta	No presta
316 - Gastroenterología	Sí	Sí	Sí
317 - Genética	No presta	Sí	Sí
318 - Geriatria	Sí	No presta	Sí

Continúa

Servicio	Huv	Imbanaco	Valle del Lili
	Consulta externa		
320 - Ginecoestetricia	Sí	Sí	Sí
321 - Hematología	Sí	No presta	Sí
323 - Infectología	Sí	Sí	Sí
324 - Inmuno prestatología	No presta	No presta	Sí
325 - Medicina familiar	Sí	No presta	Sí
326 - Medicina física y del deporte	No presta	Sí	Sí
327 - Medicina física rehabilitación	Sí	Sí	Sí
328 - Medicina general	No presta	Sí	Sí
329 - Medicina interna	Sí	Sí	Sí
330 - Nefrología	Sí	Sí	Sí
331 - Neumología	Sí	Sí	Sí
332 - Neurología	Sí	Sí	Sí
333 - Nutrición dietética	Sí	Sí	Sí
334 - Odontología general	Sí	No presta	Sí
335 - Oftalmología	Sí	Sí	Sí
336 - Oncología clínica	Sí	Sí	Sí
337 - Optometría	Sí	Sí	Sí
338 - Ortodoncia	Sí	No presta	No presta
339 - Ortopedia y/o traumatología	Sí	Sí	Sí
340 - Otorrino prestatología	Sí	Sí	Sí
342 - Pediatría	Sí	Sí	Sí
343 - Periodoncia	Sí	No presta	No presta
344 - Psicología	Sí	Sí	Sí
345 - Psiquiatría	Sí	Sí	Sí
346 - Rehabilitación oncológica	No presta	No presta	Sí
347 - Rehabilitación oral	No presta	No presta	Sí

Continúa

Servicio	Huv	Imbanaco	Valle del Lili
	Consulta externa		
348 - Reumatología	Sí	Sí	Sí
354 - Toxicología	Sí	No presta	No presta
355 - Urología	Sí	Sí	Sí
361 - Cardiología pediátrica	Sí	Sí	Sí
362 - Cirugía de cabeza y cuello	Sí	No presta	Sí
363 - Cirugía de mano presta (¿)	Sí	No presta	Sí
364 - Cirugía de mama y tumores tejidos blandos	Sí	Sí	Sí
365 - Cirugía dermatológica	Sí	No presta	Sí
366 - Cirugía de tórax	Sí	No presta	Sí
367 - Cirugía gastrointestinal	Sí	Sí	Sí
368 - Cirugía ginecológica laparoscópica	Sí	No presta	Sí
369 - Cirugía plástica y estética	Sí	No presta	Sí
370 - Cirugía plástica oncológica	No presta	No presta	Sí
372 - Cirugía vascular	Sí	No presta	Sí
373 - Cirugía oncológica	Sí	Sí	Sí
374 - Cirugía oncológica pediátrica	Sí	No presta	Sí
375 - Dermatología oncológica	No presta	No presta	Sí
377 - Coloproctología	Sí	No presta	Sí
379 - Ginecología oncológica	Sí	Sí	Sí
383 - Medicina nuclear	No presta	No presta	Sí
384 - Nefrología pediátrica	Sí	No presta	Sí
385 - Neonatología	Sí	No presta	Sí
386 - Neumología pediátrica	Sí	No presta	Sí

Continúa

Servicio	Huv	Imbanaco	Valle del Lili
	Consulta externa		
387 - Neurocirugía	Sí	No presta	Sí
388 - Neuropediatría	Sí	No presta	Sí
390 - Oftalmología oncológica	No presta	No presta	Sí
391 - Oncología y hematología pediátrica	Sí	Sí	Sí
393 - Ortopedia oncológica	Sí	Sí	Sí
395 - Urología oncológica	Sí	Sí	Sí
396 - Odontopediatría	Sí	No presta	Sí
406 - Hematología oncológica	Sí	Sí	Sí
407 - Medicina del trabajo y Medicina laboral	No presta	Sí	No presta
408 - Radioterapia	No presta	Sí	Sí
409 - Ortopedia pediátrica	Sí	No presta	Sí
410 - Cirugía oral	Sí	No presta	Sí
411 - Cirugía maxilofacial	Sí	No presta	Sí

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2016).

En la Unidad de Consulta Externa el HUV cuenta con 31 servicios más sobre la Clínica Imbanaco lo que permite generar mayor grado de atención a una población específica, generando recursos puntuales a partir de la diferencia en cuanto a la oferta de esta unidad. Pero por otra parte, se encuentra el escenario frente a la FVL en donde de los 12 servicios que no presta el HUV en esta unidad la FVL cuenta con 11 de ellos, lo que permite evidenciar una vez más la ventaja competitiva con la que esta institución cuenta sobre el HUV; a pesar que el HUV cuenta con cinco servicios que la FVL no, entre los cuales la ortodoncia y la toxicología, el peso de los servicios a favor de la FVL terminan siendo más significativos

o complejos como por ejemplo la medicina nuclear y la genética.

En general a nivel de consulta externa el HUV no se encuentra mal posicionado en cuanto a la oferta de servicios, pero es claro que aun así la FVL se presenta como la institución más compleja y completa a nivel de temas de consulta externa y otras unidades.

Tabla 106. Servicios de transporte asistencial, protección específica y detección temprana, servicio de urgencias y otros servicios HUV.

Servicio	HUV	Imbanaco	Valle del Lili
Urgencias			
501 - Servicio de urgencias	Sí	Sí	Sí
Transporte asistencial			
601 - Transporte asistencial básico	Sí	No presta	Sí
602 - Transporte asistencial medicalizado	Sí	No presta	Sí
Otros servicios			
816 - Atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador	No presta	No presta	Sí
817 - Atención domiciliaria de pacientes agudos cierre temporal	No presta	No presta	Sí
Protección específica y detección temprana			
908 - Protección específica - atención al recién nacido	No presta	No presta	Sí
909 - Detección temprana - alteraciones del crecimiento y desarrollo (meno prestar a 10 años)	No presta	No presta	Sí
916 - Detección temprana / vacunación	Sí	Sí	Sí
960 - Proceso esterilización	Sí	Sí	Sí

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2016).

En las unidades de Urgencias, Transporte Asistencial, Otros Servicios y Protección Específica y Detección

Temprana, el HUV presenta una clara ventaja sobre clínica Imbanaco en cuanto a la oferta y especialidad de los servicios ya que cuenta con cuatro más que ellos. De la misma forma se encuentra FVL que es un caso contrario, debido a que presta todos los servicios catalogados en estas unidades y el HUV en tres de estos no cuenta con el servicio dentro de su portafolio por lo que una vez más se pierde el acceso a una población específica y por ende ingresos para el Hospital al contar con estos servicios.

Tabla 107. Servicios de urgencias HUV.

Servicio	HUV	Imbanaco	Valle del Lili
Urgencias			
701 - Diagnóstico cardiovascular	Sí	Sí	Sí
703 - Endoscopia digestiva	Sí	Sí	Sí
704 - Neumología - fibrobronscopia	Sí	Sí	Sí
705 - Hemodinamia	No presta	Sí	Sí
706 - Laboratorio clínico	Sí	Sí	Sí
708- Urología - litotripsia urológica	No presta	Sí	Sí
709 - Quimioterapia	Sí	Sí	Sí
710 - Radiología e imágenes diagnósticas	Sí	Sí	Sí
711 - Radioterapia	Sí	Sí	Sí
712 - Toma de muestras del laboratorio clínico	Sí	Sí	Sí
713 - Transfusión sanguínea	Sí	Sí	Sí
714 - Servicio farmacéutico	Sí	Sí	Sí
715 - Medicina nuclear	Sí	Sí	Sí
717 - Laboratorio citologías cervico uterinas	No presta	No presta	Sí
718 - Laboratorio de patología	Sí	No presta	Sí
719 - Ultrasonido	Sí	Sí	Sí
724 - Toma e interpretación de radiografías odontológicas	No presta	Sí	Sí
725 - Electrodiagnostico	Sí	Sí	Sí

Continúa

Servicio	HUV	Imbanaco	Valle del Lili
728 - Terapia ocupacional	Sí	No presta	Sí
729 - Terapia respiratoria	Sí	No presta	Sí
730 - Neumología laboratorio función pulmonar	Sí	Sí	Sí
731 - Laboratorio de histotecnología	No presta	No presta	Sí
732 - Ecocardiografía	Sí	Sí	Sí
733 - Hemodiálisis	No presta	No presta	Sí
734 - Diálisis peritoneal	No presta	No presta	Sí
738 - Electrofisiología marcapasos y arritmias cardíacas	No presta	Sí	Sí
739 -- Fisioterapia	Sí	Sí	Sí
740 - Fonoaudiología y/o terapia del lenguaje	Sí	Sí	Sí
741 - Tamización de cáncer de cuello uterino	No presta	Sí	Sí

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social (2018).

En la unidad de Urgencias el HUV y la Clínica Imbanaco cuentan con un portafolio relativamente parejo en cuanto a la oferta y ausencias presentadas, pero una vez más la diferencia se manifiesta frente a la FVL que presta la totalidad de servicios. Al respecto, es preciso tener en cuenta que, en la actualidad, la Fundación Valle del Lili presenta un portafolio muy amplio y comercial, servicios que aumentan período a período la generación de recursos de esta entidad, caso contrario al HUV en donde estos servicios lo que generan es unos vacíos a nivel de ingresos. Ahora bien, realizando un resumen por número de servicios respecto de cada categoría, en el siguiente cuadro se puede apreciar que el HUV predomina solo en comparación a Imbanaco, mientras que la FVL lo rebasa en cuanto a estas categorías:

Tabla 108. Comparativo de Servicios prestados HUV, Imbanaco y Fundación Valle del Lili.

Clase de servicios	Cantidad de servicios		
	HUV	Imbanaco	Valle del Lili
Internación	12	10	13
Quirúrgicos	22	29	33
Consulta Externa	64	39	71
Urgencias	1	1	1
Transporte Asistencial	2	0	2
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	20	22	29
Otros servicios	1*	0	1
Protección específica y detección temprana	2	2	4
TOTAL SERVICIOS	124	103	154

* Servicio Cerrado Temporalmente

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2018).

A nivel de cifras, es decir, del número total de servicios prestados, la FVL ha tomado una ventaja significativa, de 30 servicios de los cuales existen solamente dos unidades donde no hay diferencia es en Urgencias y Transporte asistencial, en todas las demás unidades la FVL ha presentado un aumento de los servicios, por lo que ha generado esta brecha a nivel de la prestación del servicio, brecha que evidentemente se verá generada en la generación de recursos por todos estos conceptos.

Frente a la Clínica Imbanaco el HUV no se encuentra mal posicionado, en el área de consulta externa logra sacar su mayor ventaja competitiva y es en la que se puede observar un plus sobre los servicios de esta institución, en los demás es relativamente igual la situación que se presenta en ambas.

Es pertinente aclarar que el análisis se realiza solamente de manera cualitativa, no se están presentado cifras a nivel de servicios para mencionar si es o no

mejor que una u otra institución lo preste, la idea es observar desde la cantidad de servicios prestados y su especialidad la ventaja competitiva de la FVL que indudablemente termina repercutiendo en los ingresos al lograr abarcar una mayor población de pacientes.

Servicios por año

En el análisis del entorno externo cercano se ha detallado la cantidad de servicios que se presenta en la institución en comparación como lo son HUV-IMBANACO-FVL, la comparación se realizó año por año 2010-2015 para poder observar en qué momento la FVL presente un margen de ventaja frente a los servicios ofrecidos por el HUV. Esta comparación con el ánimo de plasmar uno de muchos aspectos que pueden permitir mayor generación de recursos en la FVL sobre el HUV, y de igual forma incide directamente con los sectores de la población en donde puede hacer presencia con los servicios prestados.

La información consolidada es la siguiente:

Tabla 109. Número de servicios prestados por HUV, Imbanaco y Valle del Lili 2010-2015.

AÑOS	Aumento n. de servicios 2010-2015					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
HUV	83	97	105	106	116	118
IMBANACO	105	120	123	124	141	149
FVL	137	144	149	161	177	184

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2015).

Para el año 2010 se contó con la siguiente información de los servicios:

Tabla 110. Servicios por Categoría 2010.

Cod.	Categoría - servicio	2010		
		Huv	Imbanaco	Fvl
1	Internación	11	12	11
2	Quirúrgicos	15	39	31

Continúa

Cod.	Categoría - servicio	2010		
		Huv	Imbanaco	Fvl
3	Consulta Externa	37	17	67
5	Urgencias	1	1	1
6	Transporte asistencial	2	0	1
7	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	17	32	26
8	Otros Servicios	0	0	0
9	Protección Específica y Detección temprana	0	3	0
10	Procesos	0	1	0
TOTAL		83	105	137

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2010).

Este año como punto de partida en el comparativo permite evidenciar que la FVL desde entonces ha tenido ventaja a nivel de número de servicios, para este año básicamente se encontraban en consulta externa y Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica. El HUV frente a la Clínica Imbanaco también presenta desventajas, aunque en menor número, en la parte de Servicios Quirúrgicos y Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica. Esta situación para el año 2010 da indicios desde un comienzo (en el comparativo) que el número de servicios prestados ya representaba una ventaja de la FVL sobre el HUV.

Para el año 2011 cada una de las instituciones aumentó sus servicios en las distintas unidades, lo que hace más grande la brecha de la prestación de los servicios:

Tabla 111. Servicios por Categoría 2011.

Cod.	Categoría - servicio	2011		
		Huv	Imbanaco	Fvl
1	Internación	12	12	12
2	Quirúrgicos	22	39	31
3	Consulta Externa	41	29	73

Continúa

2011				
Cod.	Categoría - servicio	Huv	Imbanaco	Fvl
5	Urgencias	1	1	1
6	Transporte asistencial	2	0	1
7	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	18	35	26
8	Otros Servicios	0	0	0
9	Protección Específica y Detección temprana	0	3	0
10	Procesos	1	1	0
TOTAL		97	120	144

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2011).

Las diferencias se presentan básicamente en las unidades Quirúrgicas, Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica, y de Consulta Externa, esta última la más significativa, para este año es igual que se presenta una desventaja a nivel de número de servicios prestados del HUV frente a las otras dos instituciones, teniendo en cuenta que todas aumentaron el número de sus servicios en las unidades más significativas esto no tuvo repercusiones del HUV frente a FVL principalmente, ya que en la parte de consulta externa crea una gran brecha para futuros resultados a nivel de atención de población y de ingresos generados. Para este año también se observa como la FVL se encuentra en la cabeza de la prestación de servicios, situación que puede ir a la par con el desarrollo de la institución de los últimos años.

En el año 2012 la situación fue muy similar al año inmediatamente anterior, teniendo en cuenta que el aumento de los servicios de cada uno no fue muy significativo, por lo que permanece los escenarios anteriores en donde el HUV presenta el menor número de servicios prestados, donde la consulta externa es la unidad más significativa, pero que es claramente superada por la oferta presentada por la FVL. En la siguiente tabla se pueden observar las diferencias porcentuales a nivel de cantidad de

servicios presentada con corte a esta fecha, en donde la FVL posee una ventaja de un 42% sobre el HUV, datos que indican a qué se debe su capacidad de generar ingresos y la cantidad de población que puede atender.

Tabla 112. Servicios por Categoría 2012.

2012				
Cod.	Categoría - servicio	Huv	Imbanaco	Fvl
1	Internación	12	12	12
2	Quirúrgicos	22	39	31
3	Consulta Externa	48	31	77
5	Urgencias	1	1	1
6	Transporte asistencial	2	0	2
7	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	18	36	26
8	Otros Servicios	0	0	0
9	Protección Específica y Detección temprana	1	3	0
10	Procesos	1	1	0
TOTAL		105	123	149

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud REPS (2012).

En el año 2013 el aumento de los servicios para el HUV e Imbanaco fueron mínimos, por el contrario la FVL aumentó en buen número los servicios, lo que genera una mayor brecha en cada una de las unidades representativas, esta situación permite vislumbrar un poco el porqué del escenario actual, es decir, un valor agregado en la prestación de todos los servicios en general de la FVL sobre el HUV está dado por el continuo interés por aumentar su oferta, por el contrario por los diversos factores que rodean al HUV no se ha podido desarrollar a la par con esta situación, indudablemente la población que se abarca es mucho más grande y sobre todo objetiva frente a los servicios, lo que ha venido consolidando a la FVL.



Figura 45. Comparativo de servicios a 2012.

Fuente: elaboración propia con base en la Tabla 112.

Tabla 113. Servicios por Categoría 2013.

Cod.	Categoría - servicio	2013		
		Huv	Imbanaco	Fvl
1	Internación	12	12	13
2	Quirúrgicos	22	40	31
3	Consulta Externa	49	31	79
5	Urgencias	1	1	1
6	Transporte asistencial	2	0	2
7	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	18	36	32
8	Otros Servicios	0	0	0
9	Protección Específica y Detección temprana	1	3	3
10	Procesos	1	1	0
TOTAL		106	124	161

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2013).

El aumento de servicios para el año 2014 fue mayor en cada una de las instituciones, la tendencia se mantienen para cada uno, la FVL en todas las unidades es superior a los servicios ofrecidos por el HUV; en cuanto a Imbanaco, solo el HUV lo supera en lo relacionado a la consulta externa, esto nos puede

indicar que en servicios de alta especialización como los Quirúrgicos el HUV no está a la par con estas instituciones dejando de lado una población significativa por atender y sobre todo que puede ser una fuente de ingresos significativa.

Tabla 114. Servicios por Categoría 2014.

Cod.	Categoría - servicio	2014		
		Huv	Imbanaco	Fvl
1	Internación	12	12	16
2	Quirúrgicos	22	41	33
3	Consulta Externa	59	46	83
5	Urgencias	1	1	1
6	Transporte asistencial	2	0	2
7	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	18	37	37
8	Otros Servicios	0	0	1
9	Protección Específica y Detección temprana	1	3	3
10	Procesos	1	1	1
TOTAL		116	141	177

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2014).

En el año inmediatamente anterior (2015) se consolidan las brechas que se han presentado a lo largo de los últimos seis años, en donde con el paso del tiempo cada una de las instituciones aumentó los servicios en cada una de sus unidades con lo que se pretende mejorar en la atención e incrementar la población a atender, aspectos claves que deben verse reflejados en la generación de ingresos y/o recursos. El HUV pasó de tener 83 servicios a 118 (aumento 29,66%) logrando mejorar cada una de sus unidades, entre ellas consulta externa como la más representativa; esta situación en un análisis individual se tomaría como algo muy positivo, pero al tomarlo en comparación como en este caso frente a Imbanaco y FVL se puede observar que ha sido difícil equiparar la prestación de servicios en algunas unidades en las que se ha visto superado el HUV por el constante incremento de estas instituciones en donde la FVL es la más representativa pasó de tener 137 a 184 servicios (25,54% aumento), a pesar de que su incremento fue menor al del HUV, es pertinente tener claro que en el 2010 ya presentaba un indicador mayor de prestación de servicios con una diferencia del 65%.

A continuación, se relacionan los datos consolidados de los servicios para el año 2015, en los que se puede observar lo que se ha venido mencionando en cada uno de los años anteriores.

Tabla 115. Servicios por Categoría 2015.

2015				
Cod.	Categoría - servicio	Huv	Imbanaco	Fvl
1	Internación	13	13	16
2	Quirúrgicos	22	41	34
3	Consulta Externa	59	49	87
5	Urgencias	1	1	1
6	Transporte asistencial	2	0	2
7	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	19	41	38
8	Otros Servicios	0	0	1
9	Protección Específica y Detección temprana	1	3	4
10	Procesos	1	1	1
TOTAL		118	149	184

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud (REPS), plataforma a cargo del Ministerio de Salud (2015).

Por lo expuesto anteriormente y por las estructuras de costo tratadas en el acápite de estructura financiera, al Hospital le es imposible competir con Valle de Lili y con Imbanaco, sus competidores más cercanos en la situación actual.

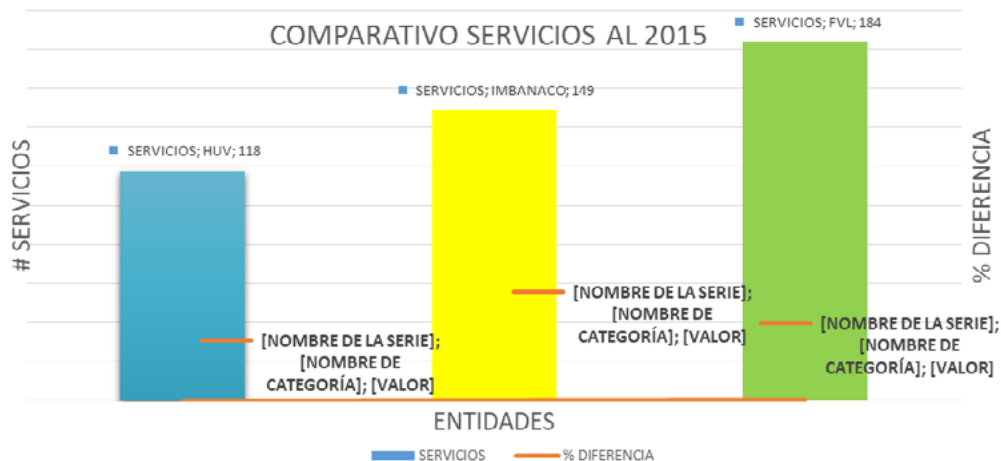


Figura 46. Comparativo de servicios a 2015.

Fuente: elaboración propia con base en la Tabla 113.