

Clínica de Occidente: Franca Recuperación¹

FERNANDO CAMILO FERNÁNDEZ, Mg.*

Profesor Departamento de Gestión Organizacional, Universidad Icesi, Colombia
fernando.fernandez@correo.icesi.edu.co

JORGE KARIM ASSIS REVEIZ, Mg.

Gerente y Médico, Miembro de la Junta Directiva (1998–2011), Clínica de Occidente, Colombia.
assisipad@hotmail.com

RESUMEN

Este documento muestra cómo bajo un sólido planteamiento estratégico y un adecuado despliegue táctico se puede superar condiciones desfavorables de una organización que ha estado deficientemente gestionada y que se debe desenvolver en un entorno fuertemente regulado por el estado y grupos económicos poderosos. En el presente caso, se trata la historia de la Clínica de Occidente de Cali, hasta el año 2011, que pasó de ser una entidad con altos márgenes de rentabilidad enfocada en estratos medio-altos, a tener que acogerse a la Ley de Quiebra en 2004, por efecto de la implementación del nuevo Sistema de Salud de 1993. Después de un efectivo proceso de planeación estratégica alineado con el entorno, ha presentado una notoria recuperación, llevándola a un alto posicionamiento.

Palabras clave. Sistema de Salud en Colombia; Ley 100 y Ley 550 de la República de Colombia; Gestión Estratégica; Despliegue táctico; Liderazgo en Costos.

Recibido: 29-abr-12, corregido: 13-jul-12 y aceptado: 10-ago-12

Clasificación JEL: L11, L21, L25, L29



1 El presente caso de estudio se desarrolló a partir del Proyecto de Grado: Caso Clínica de Occidente “De la quiebra al auge” de los estudiantes: Bibiana A. García Vélez & Jorge K. Assis Reveiz y dirigido por el Profesor Fernando Camilo Fernández en el marco del MBA de la Universidad ICESI en el año 2011.

* Autor para correspondencia. Dirigir correspondencia a: Universidad Icesi, Departamento de Gestión Organizacional, Calle 18 No. 122-135, Cali, Colombia.

Clínica de Occidente: Clear Recovery

RESUMEN

This document describes how the use of a solid strategic plan and suitable tactic implementation can overcome unfavorable conditions in poorly managed organizations that have to operate in a strongly regulated environment under the strong influence of powerful economic groups. This case study discusses the history of Clínica Occidente in Cali until 2011. It went from being a highly profitable institution that focused on middle and high-income patients to having to file for bankruptcy under the 2004 Bankruptcy Act as a result of the implementation of a new health system in 1993. Having undergone an effective strategic planning process in alignment with the environment, the clinic has experienced a remarkable recovery that has taken it to a leading position in the industry.

Keywords. Colombian health system; Colombian Law 100 and Law 550; Strategic Management; Tactic Implementation; Cost Leadership.



Clínica de Occidente: Franca Recuperação

Esse documento demonstra como, com uma sólida abordagem estratégica e uma implantação tática adequada, podem se superar as condições desfavoráveis de uma organização que tem sido mal gerida e que deverá se desenvolver em um ambiente fortemente regulado pelo estado e por grupos econômicos poderosos. No presente caso, é abordada a história da Clínica de Occidente de Cali, até ao ano de 2011, que passou a ser uma entidade com margens de lucro elevadas enfocada em estratos médios-altos, após ter de se qualificar para a Lei de Falências em 2004 devido a aplicação do novo sistema de saúde de 1993. Após um processo de planejamento estratégico eficaz alinhado com o ambiente, apresentou uma recuperação notável, elevando-a para um alto posicionamento.

Palavras-chave. Sistema de Saúde na Colômbia; Lei 100 e Lei 550 da República da Colômbia; Gestão Estratégica; Implantação tática; Liderança de Custos.

Clínica de Occidente: franca recuperación

Las clínicas también se pueden morir, o recuperar milagrosamente luego de una enfermedad terminal. Este es el caso de una de las más prestigiosas instituciones de salud en el suroccidente colombiano. A finales de 1999, mientras todo el planeta esperaba con algarabía el nacimiento de un nuevo milenio, la entidad de referencia se acercaba a la quiebra. Miles de caleños que nacieron allí y vieron la luz por primera vez observaban perplejos como, paradójicamente, la luz de esta institución se estaba extinguiendo.

La Clínica de Occidente, con más de 60 años de presenciar nacimientos, recuperar quebrantos y acompañar partidas de este mundo, llegó a sufrir en carne propia una larga y penosa enfermedad degenerativa ocasionada por las pérdidas financieras generadas, principalmente, con la entrada en vigencia de la Ley 100 de Seguridad Social en Colombia. Quizás el momento más crítico se resume en la frase del actualmente cuestionado doctor Carlos Palacino, ex presidente de la gigante Saludcoop, cuando le ofreció a los directivos de la Clínica: “Nosotros nos quedamos con la Clínica y sus pasivos, pero les devolvemos el logo y el aviso” (J. K. Assis, comunicación personal, mayo, 2011), frase lapidaria que, además del veneno intrínseco, sirvió como aguijón para despertar al paciente quien, herido en su amor propio, se levantó para salvar la dignidad de la marca, del “aviso”.

Como una droga paliativa, la cual se le inyecta a un paciente en sus últimos días, la institución en febrero del 2004 decidió declararse en quiebra y someterse a la Ley 550 de 1999. Esto implicaba endosarles el testamento a los proveedores, someterse a un acuerdo de restructuración de pasivos y también arrepentirse y hacer expresa la voluntad de corregir las deficiencias en

su capacidad de operación, de manera que pudiera recuperarse dentro del plazo establecido.

Haber tocado fondo y ver la luz al final de túnel le dio un nuevo impulso para vivir. Como el ave Fénix que sale de sus cenizas, directivas y personal sufrieron una transformación asombrosa. Todo el equipo humano se planteó una estrategia integral que le ha permitido en una década de recuperación y auge, no sólo cumplir las obligaciones con sus acreedores, sino que la ha posicionado como una de las clínicas más rentables de Colombia y una importante generadora de empleo en el Valle del Cauca.

Este recorrido busca servir de punto de referencia a otras instituciones de salud y empresas privadas que padecen enfermedades similares para que observen tácticas y estrategias que les permitan recuperarse de sus quebrantos y puedan seguir siendo ejemplo de recuperación para ellas y para sus miles de pacientes.

1 Historia clínica

En 1938, un pequeño grupo de médicos reunidos en calidad de amigos decidieron crear un centro hospitalario para ofrecerle un servicio a la comunidad. Fue así como la Clínica de Occidente abrió sus puertas en dos casonas tomadas en alquiler en la carrera quinta entre calles séptima y octava de Cali, que se habilitaron para la hospitalización de pacientes. Ese mismo año la clínica, siendo aún propiedad de sus fundadores, fue regentada por las Hermanas Vicentinas, quienes hicieron parte de la institución hasta 1997, teniendo a su cargo el cuidado de los pacientes. El edificio actual fue inaugurado el 25 de noviembre de 1945 en la misma Calle 18 norte # 5 - 34 del Barrio Versalles y desde esa fecha ha venido evolucionando de acuerdo a las necesidades asistenciales. An-

tes de la creación de la Clínica de Occidente el sistema de salud se caracterizaba por la prestación de salud en hospitales de caridad para las poblaciones más desfavorecidas. En 1945 aparece la caja nacional de previsión. En 1946 el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales. En 1960 Caprecom y para 1976 se esboza el Sistema Nacional de Salud.

Hasta 1993, como entidad privada, atendía pacientes de estratos 4, 5 y 6. La atención en salud para la entonces población contributiva² estaba a cargo del Instituto de Seguridad Social (ISS), que se regía en ese entonces por el decreto 1650 de 1977. Desde sus inicios, la Clínica presentó un adecuado manejo financiero y un crecimiento sostenido hasta antes de la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993. El presidente de la Junta Directiva y Gerente General de la Clínica en ese año era el doctor Marco Antonio Vera³, quien recuerda:

En esa época nosotros ejercíamos una medicina liberal, no existían todas las entidades médicas que hoy en día funcionan como las EPS y que han otorgado una mayor cobertura al ejercicio de la profesión; sin embargo, en ese entonces la clínica vivía de los ingresos generados por la medicina privada. (M. A. Vera, comunicación personal, Julio, 2011)

2 La Ley 100 de 1993 o la fractura institucional

En 1993 la implementación en Colombia de la Ley 100 de Seguridad Social creó un hito en particular en el sistema general de salud, amenazando de muerte las clínicas privadas. Los directivos de la clínica de Occidente de ese entonces no visualizaron el alcance de la norma, ni se llegaron a imaginar sus consecuencias. El doctor Marco A. Vera lo

explica así: "... con la entrada de la Ley 100, se cambió la modalidad de los ingresos; antes las ventas eran directas a los particulares; con la nueva política, ahora tenemos entes intermediarios como las EPS, los cuales se convirtieron en nuestros clientes directos" (M. A. Vera, comunicación personal, Julio, 2011).

La estrategia implementada no estuvo alineada con el nuevo entorno. No se desarrolló una planeación que le permitiera controlar los costos o diversificarse buscando sinergias y generar mayor rentabilidad. Al respecto, el doctor Alberto Domínguez⁴, miembro de la Junta Directiva del año 1993, señala: "Al empezar la Ley 100, nosotros no teníamos ningún plan específico para enfrentar esta situación; vivimos un proceso gradual de adaptación a las nuevas circunstancias" (A. Domínguez, comunicación personal, junio de 2011).

La ley 100 obligaba a las clínicas —en adelante llamadas Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)— a tener autonomía administrativa y financiera, además de disponer de una contabilidad de costos que les permitiera conocer exactamente el valor de cada servicio. Dados los altos márgenes de rentabilidad que obtenían antes de dicha ley, el tema de los costos no era preocupación importante para estas instituciones; adicionalmente, la ley designó a las llamadas Entidades Prestadoras de Salud (EPS) como los intermediarios para contratar los servicios entre las Clínicas (IPS) y los usuarios (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Las EPS, desde su creación, apoyadas en un fuerte músculo financiero proveniente de los grandes grupos económicos del país, definieron en forma unilateral las tarifas que serían cobradas por los servicios profesiona-

2 Pacientes que eran cubiertos por el sistema de seguridad social estatal.

3 Cirujano General, Miembro de la Junta Directiva de la Clínica de Occidente hasta el año 1998.

4 Odontólogo General, Miembro de la Junta Directiva de la Clínica de Occidente hasta 2011, cuando se desempeñaba como Presidente de la misma.

les, coadyuvando con la implementación de un tarifario que regularía las tarifas con las Clínicas (IPs). Los estudios de factibilidad de ese tarifario se hicieron con base en la UPC (Unidad de Pago por Capitación) basado en las tarifas usadas para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito —SOAT— que fue aprobado en 1995.

Igualmente, se definió que debería existir un equilibrio entre los aportes que recibirían las EPS como intermediarios y sus gastos. También que se estaría regulado por las tarifas establecidas y los recursos obtenidos serían manejados en un fondo que en adelante se denominaría Fondo de Solidaridad y Garantías —FOSYGA—. Para el año 2001 nacieron los denominados recobros y la posibilidad de un aumento tarifario, como decisión tomada por las EPS, era muy remota; se calculaba que en los primeros años, los resultados operacionales de éstas fueran negativos, con posibilidad de agravarse si no se lograba el volumen de afiliación esperado; esta situación conllevaría a un desequilibrio en el fondo, arrastrando el sistema de salud a una situación crítica (Gil, 2008).

Este contexto se tradujo en que en los primeros siete años de funcionamiento del sistema implantado el aumento tarifario reglamentado estuviera por debajo del crecimiento de los costos y gastos operacionales de la Clínica de Occidente. La inflación para ese entonces era mayor al 15%, el endeudamiento de las clínicas y los costos de mantenimiento e insumos, ambos en dólares, eran en promedio mayores al 25% del presupuesto; en el caso particular de la Clínica estos gastos sobrepasaban el 30% del presupuesto establecido. Para compensar el estancamiento y/o disminución en las tarifas, era primordial obtener crecimiento en el volumen de la facturación. Se requería atender un mayor número de clientes, buscando una economía de escala que le

permitiera cubrir los altos costos fijos de la organización y aún así lograr utilidades (Ver Tabla A1).

Estas falencias conllevaron a que en el año 2002, la Junta Directiva decidiera implementar una nueva estrategia que contribuyera a mejorar los resultados, después de una crisis financiera que se puede observar en los índices de rentabilidad y solidez muy bajos (Ver Tabla A2) y estados de pérdidas y ganancias aporreados, como resultado de la baja productividad en el desarrollo de la actividad comercial (Ver Tabla A3). El Gerente General encargado de la Clínica en el año 2002, el doctor Alfredo Domínguez, recuerda:

Todos los cambios en la población de usuarios crearon dificultades económicas, por lo que la junta directiva pensó que la medicina debería ser ejercida ofreciendo servicios muy bien estructurados de mayor nivel, como la cirugía cardiovascular y cuidados intensivos con buena tecnología; para esto se realizaron importantes inversiones en equipos; en ese momento, considerábamos que la única manera de competir de manera ética, dados los cambios ocurridos en el entorno, era ofreciendo la mejor calidad en los servicios; las grandes inversiones realizadas se tradujeron en mayor endeudamiento. (A. Domínguez, comunicación personal, junio de 2011).

3 Cuando no funciona el “remedio casero”

En la reunión de la Junta Directiva llevada a cabo el 14 de enero de 2003 se analizaron muy seriamente todos los factores pertinentes y el panorama planteado no pudo ser peor, de frente a los resultados económicos de los últimos años y particularmente por la iliquidez de los últimos meses: utilidades negativas por encima de los 2.000 millones de pesos antes de impuestos; estado de pér-

didadas y ganancias del 2002, con una razón corriente para el mismo año de 0.7 (por cada peso de deuda se tenían 70 centavos para cubrir); un pasivo que prácticamente doblaba al activo y que era en su mayoría corriente; retrasos en el pago de los salarios por encima de 90 días; no pago de parafiscales; déficit de inventarios y un ciclo de circulación de efectivo, que por una mala recuperación de cartera excedía los 280 días.

Frente a este panorama, el funcionamiento administrativo de la entidad se tornó insostenible y los directivos de la clínica se vieron obligados a considerar cuatro alternativas:

- Entregar la clínica y tercerizar la administración, pero manteniendo la propiedad;
- Entregar la clínica a un tercero, incluida la propiedad;
- Liquidar la compañía nombrando un liquidador para tal fin; o
- Ingresar a la Ley 550 de 1999 de reestructuración financiera.

En el momento de crisis las opciones que más consideró la Junta Directiva fueron: vender la clínica a una EPS u otra entidad o declararse en quiebra y entrar a la Ley 550; los socios se oponían a vender (M. A. Vera, comunicación personal, Julio, 2011).

En Febrero del 2003 la Junta Directiva entró en conversaciones con la Clínica del Country de Bogotá —que para ese entonces administraba clínicas en varias ciudades de Colombia— la que se mostró interesada en administrar la Clínica de Occidente, sin hacerse a su propiedad, pero una de sus exigencias era disminuir los pasivos en una proporción considerable y ponerse al día laboralmente. Sin embargo en ese momento resultó muy difícil conseguir nuevos créditos, debido a la precaria situación financiera de la Clínica de Occidente, y porque no había interés de los socios por recapitalizarla,

por lo que no se pudo concretar acuerdo alguno.

En Mayo del 2003, después de varias reuniones previas con representantes de la EPS SALUDCOOP, se concretó una primera mesa de reunión en la ciudad de Cali entre la Junta Directiva de la clínica y el Presidente de esa EPS, doctor Carlos Palacino, quien propuso: “Nosotros nos quedamos con la Clínica y sus pasivos, pero les devolvemos el logo y el aviso”. Su frase destemplada causó indignación entre los miembros de la Junta, que en forma inmediata rechazó su ofrecimiento. (J. K. Assis, comunicación personal, mayo, 2011).

En ese momento la opción más difícil y “dolorosa” era entrar a la Ley 550 de 1999 —creada para la intervención económica y reestructuración empresarial— que implicaba contratar una auditoría externa para iniciar un proceso en el que se evidenciarían las causas administrativas que habían llevado al estado de iliquidez en que se encontraba; posteriormente, contratar a un grupo interventor conformado por economistas, administradores y abogados para iniciar el proceso de intervención económica ante la Superintendencia de Salud de Colombia, con el fin de cumplir los requisitos mínimos dentro de los cuales era fundamental demostrar viabilidad financiera futura y así poder acceder a la protección que otorgaba dicha Ley. Y con un agravante: en ese momento no existía otra institución de este tipo en situación similar, que permitiese tener un parámetro de comparación.

En agosto del 2003 la entidad decidió oficialmente tomar el camino de acogerse a la Ley 550 (Clínica de Occidente, 2004). Se comenzó con la contratación de una auditoría externa, Arthur Andersen, y tres meses después se conformó el grupo de trabajo que dio inicio al proceso. En ese

momento, expresó el entonces asesor de la Junta Directiva, doctor James Osorio⁵:

Estamos tomando el camino más difícil pero el que considero será la única opción. Debemos alinearlos al sistema lo más pronto posible, debemos redefinir un valor agregado que nos identifique y nos permita diferenciarnos de las demás instituciones de salud en el futuro. Nos apalancaremos en factores positivos y negativos. La devaluación es uno de los factores que más nos afectan pues gran parte de nuestra materia prima es importada de Norte América y Europa. Desarrollaremos una política integral en nuestra cadena de abastecimiento basada en la adquisición de tecnología moderna pero de penúltima generación, incursionaremos en el mercado de los remanufacturados; así nos mantendremos a la vanguardia pero con costos más acordes a nuestra realidad. (J. Osorio Valencia, comunicación personal, mayo, 2011)

4 Cuadro evolutivo a partir de la Ley 550

Para finales del 2004, luego de entrar formalmente a regirse por las condiciones preestablecidas en la Ley 550, comenzó el proceso de planeación e implementación de una serie de acciones definidas por la Junta como prioritarias y que hicieron parte de la llamada “hoja de ruta”. Para ese entonces, el doctor James Osorio, nuevo gerente de la Clínica comentó: “Aunque ustedes ven muy difícil el panorama, veo que existe futuro dentro de este sistema, eso sí, basado en una política de costos muy aplicada” (J. K. Assis, comunicación personal, mayo, 2011). A continuación se describen todas las acciones realizadas y consideradas las de mayor relevancia:

1. Reestructuración en el área administrativa y financiera con el objetivo de alcanzar una

5 El Dr. James Osorio Valencia, fue Gerente General de la Clínica de Occidente de Cali desde 2004 hasta Septiembre de 2011.

mayor eficiencia para el cobro de cartera; facturación más oportuna; un mejor manejo de inventarios, lo que se tradujo en mayor liquidez y en descuentos significativos por pronto pago a proveedores. (Ver Gráfico A2)

2. Plan de acción comercial fundamentado en tres aspectos básicos:

- Ampliación de la oferta de servicios y fortalecimiento en el manejo integral para la atención en salud en el nivel IV, el más rentable dentro las unidades de negocios de cualquier IPS, pero que demanda una alta inversión en tecnología.

- Mejoramiento en los márgenes vigentes por medio de políticas que permitieran parametrizar en las EPS tarifas con fundamento en las establecidas por el SOAT y no en el precio para la atención de pacientes reglamentado por la Ley 100 de 1993. Esta política se implementó dado que las tarifas SOAT eran hasta 25% mayores a las reglamentadas en el Manual de Procedimientos y Precios.

- Apertura de la atención del SOAT (provenientes de accidentes de tránsito). Para tal fin, se creó una alianza estratégica entre la clínica y un grupo significativo de empresas asociadas al manejo del SOAT en la ciudad. Se crearon e implementaron los primeros grupos médicos especializados para la atención de pacientes provenientes de accidentes de tránsito.

3. Alianzas estratégicas establecidas con proveedores de equipos e insumos médicos y empresas de este tipo, encargadas del montaje de Unidades de Cuidados Intensivos —UCI—. Las utilidades operativas en porcentajes definidos de acuerdo con su complejidad le permitió un crecimiento sostenido en su capacidad operativa. (Ver Tabla A4)

4. En Septiembre del 2005 inició la primera fase del proceso de implementación y desarrollo de un sistema de información más adecuado que el que existía para ese año;

el objetivo era alinear tecnológicamente la Clínica al sector salud y a los decretos reglamentarios de la Ley 100.

5. El crecimiento generalizado de la economía colombiana, sumado a un adecuado manejo en costos y a un aumento de la capacidad instalada en camas, quirófanos y área de urgencias, constituyen factores que ayudaron al crecimiento financiero de la entidad (Ver Gráfico A1).

Algunas consideraciones importantes y que son reflejo de esas circunstancias son el volumen de facturación anual que creció el 441% entre los años 2003 a 2010. El margen neto de utilidad, que aumentó de -15.69% en el 2003 al 8.98% en el 2010 y la utilidad neta creció de -\$ 2.104.708.761 (Pérdida) en el 2003 a \$6.402.025.947 en el 2010, incrementándose especialmente por el aumento del volumen de facturación, por el control y racionalización de los costos y gastos, y por el buen manejo financiero que se le ha dado a la liquidez de la empresa, logrando obtener descuentos financieros muy altos por pronto pago, que contribuyen significativamente en la utilidad neta. (Ver Gráfico A3).

El Valor Económico Agregado (EVA), en miles de pesos pasó de -\$4,462,954 en el 2003 a \$ 6,821,115,641 en el 2010. (Ver Gráfico A4).

El capital de trabajo de la entidad a partir del año 2004 ha tenido un comportamiento óptimo, lo cual le ha permitido desarrollar la operación normal, así como ir adquiriendo equipos modernos para mejorar y ampliar la capacidad instalada y prestar servicios de calidad. (Ver Gráfico A5)

El aumento de la liquidez permitió pasar de 319 días de pago a proveedores en el año 2003 a 58 días en el 2010, mejora con la que se aprovecharon descuentos financieros por pronto pago. (Ver Gráfico A6)

El endeudamiento disminuyó de 55.18 % al 43.88%, entre los años 2003 al 2010, dada

la política de no endeudamiento (trabajar con recursos propios).

Las utilidades operacionales netas tienen un comportamiento muy superior al IPC de cada año y están por encima del promedio del sector de la salud, contrariamente a lo que sucedía antes del año 2002, cuando estaban muy por debajo. (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2006).

6. Como institución de nivel IV (alto nivel de complejidad) maneja un importante elemento tecnológico, por ende un alto componente importado. El análisis de costos hecho por la Gerencia General, mostró como ese componente importado oscila entre el 28% y el 35% de su costo (J. Osorio, comunicación personal, mayo, 2011). Debido a la tendencia a la baja de la Tasa Representativa del Mercado —TRM— del dólar, en los últimos años la Clínica se ha visto favorecida (Solarte, 2011).

El seguimiento de los precios de los componentes importados, especialmente de los que más contribuyen al costo, ha permitido de manera exitosa mantener una empresa competitiva, con acceso a tecnología moderna, desarrollar nuevas estrategias de reconversión (a nivel tecnológico), proceso fundamental para estar a la vanguardia en el mercado de la salud. Esta situación permitió generar ahorro, una mayor redistribución de recursos y un menor índice de endeudamiento y por lo tanto una mayor liquidez (J. Osorio, comunicación personal, mayo, 2011).

5 Parte médico de optimismo

Para el año 2010 —como profusamente se ha registrado en los medios de comunicación— Colombia muestra un sistema de salud inmerso en un mar de problemas financieros, corrupción, crisis en la red pública hospitalaria, aparentes desvíos en inversiones de los presupuestos de algunas de las EPS y sus excesivos recobros; la “ventajosa” posición en que se encuentran las

EPS frente a un Estado permisivo y a unas IPS prácticamente invisibles en el mapa, permiten observar la ineficacia que existe en materia de regulación, vigilancia y control del sistema de salud en Colombia (Arias & Forero, 2010). Este es el escenario en el cual se mueve la Clínica de Occidente.

Después del acuerdo de reestructuración, se estableció una estrategia basada en la innovación en servicios, cuyo objetivo era conseguir canales de distribución suficientes para mantener el volumen mínimo requerido que soportara la operación, con base en un tarifario unificado y a la presencia de paquetes de servicios. Posteriormente, estas estrategias se diversificaron a otros productos que en forma muy hábil han logrado presentar al mercado con innovaciones permanentes como son: la atención integral por niveles, la auditoría conjunta y concurrente y la inclusión de puntos de atención de las EPS dentro de la misma Clínica.

El éxito en la estrategia la llevó a ser la empresa más eficiente dentro del sector, con el Utilidad Antes de Intereses, Impuestos, Depreciaciones y Amortizaciones (EBITDA) más alto y a figurar entre las 50 empresas más productivas y con mayor generación de empleos directos e indirectos del Valle del Cauca (Arias & Forero, 2010).

La Clínica ha proyectado atributos diferenciales manteniendo un posicionamiento importante dentro de la región. Las acciones asociadas a la implementación de medidas innovadoras dentro del ambiente macroeconómico se relacionan a continuación:

- Una política de compra de insumos, repuestos y servicios al exterior basada en las tendencias de la tasa de cambio y en las políticas arancelarias y fiscales que han variado a través del tiempo.
- Se ha establecido por primera vez una política de asignación de recursos para I+D de tecnologías y mercados. Se destaca el

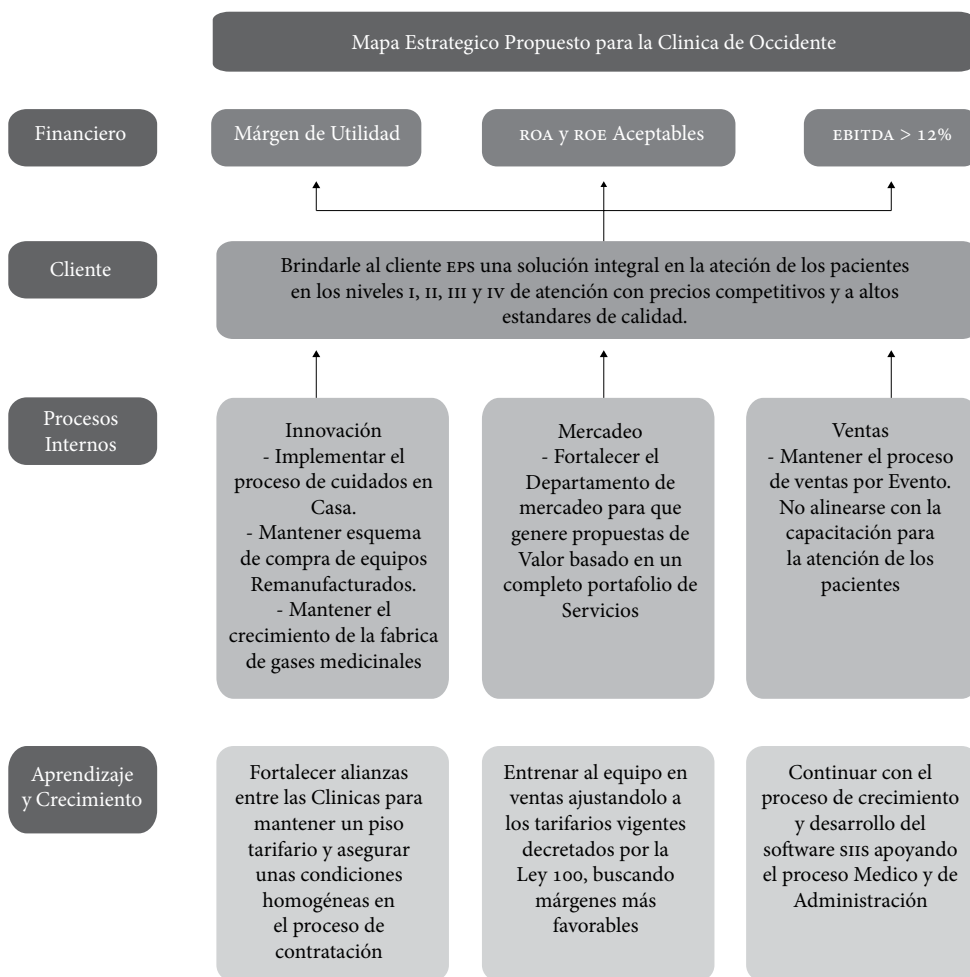
proyecto de ampliación de la planta de gases medicinales con el que se obtiene grandes ahorros en costos debido a que los produce en sus propias instalaciones.

- Actualmente está en proceso de integrar a su operación otras entidades regionales de ciudades como Palmira, con el objeto de ampliar la cobertura, mantener un flujo de pacientes constantes hacia las unidades más productivas, además de mejorar la distribución geográfica para la atención de trauma a nivel departamental, por medio de mecanismos de compra, alquiler o uniones temporales.
- Con la implementación de la nueva Unidad para el Tratamiento de Cáncer, se planea un servicio integral y permanente de todos los niveles de atención, proyectando un aumento en la facturación de al menos 1.000 millones de pesos mensuales.
- Con la posible unificación de los regímenes de atención del sistema POS, los pacientes podrán escoger la IPS independientemente de su EPS, lo que permitirá al grueso de la población acceder a la clínica.
- El comité de vigilancia (para el cumplimiento del acuerdo de Reestructuración Financiera) ha logrado mantener el compromiso de todos sus acreedores, en cuanto al respaldo sobre el desarrollo de nuevos proyectos.
- La Clínica de Occidente evidencia un mejoramiento en el valor de su marca con respecto a los consumidores finales, las EPS, utilizando como estrategia el ofrecimiento de un valor agregado. Este tipo de clientes poseen muy bajo grado de lealtad y mantener un valor agregado atractivo ha sido uno de los focos del Departamento Administrativo y por ello lo declararon en el mapa estratégico de la Clínica (Ver Gráfico 1).
- El valor de la marca “Clínica de Occidente” está compuesto por: lealtad, actitud y lealtad de conducta. La lealtad de actitud se entien-

de en cómo el consumidor y la EPS se siente y piensa acerca del producto o servicio y qué proporción de su decisión le otorgan a esa marca. Aunque el mercado de servicios con

las EPS realmente no muestra un grado de lealtad, sí se pueden observar compromisos firmes con los que se consideran partners o aliados estratégicos. En los gráficos 2 y 3 se

Gráfico 1. Mapa Estratégico Clínica de Occidente



Fuente: Departamento de Mercadeo Clínica de Occidente.

observa el compromiso a través del tiempo de las diferentes EPS con la Clínica.

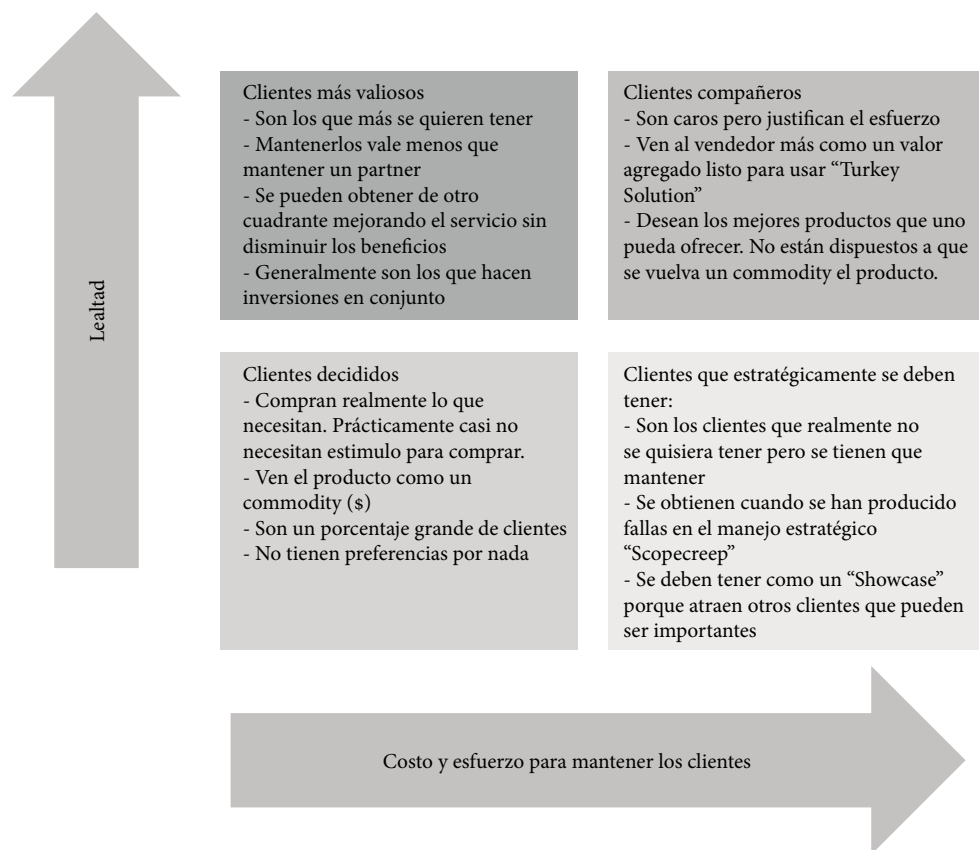
Con el llamado sistema de información Integrado en Salud —SIIS—, actualmente en funcionamiento, se lograron estrategias que permiten hacer viable el proceso de Acreditación Nacional e Internacional. La entidad, se encuentra certificada por el ICONTEC.

Adicionalmente, busca implementar dentro de sus sedes regionales nodos de acceso al sistema de información para mantener un adecuado proceso de vigilancia y control en el desarrollo de su objeto social y continuar con el mejoramiento a nivel local del software, que permita la integración de nuevas

tecnologías al sistema actual asegurando su expansión. Con este desarrollo se espera entrar de lleno en todo el proceso de digitalización y almacenamiento de archivos, lo que le permitirá a la institución obtener en tiempo real, historias clínicas que en este momento tardan días en ser encontradas y dar mejor manejo de todas sus citas, con la posibilidad de agendarlas automáticamente desde internet, para obtener mayor eficiencia y estandarización en sus procesos.

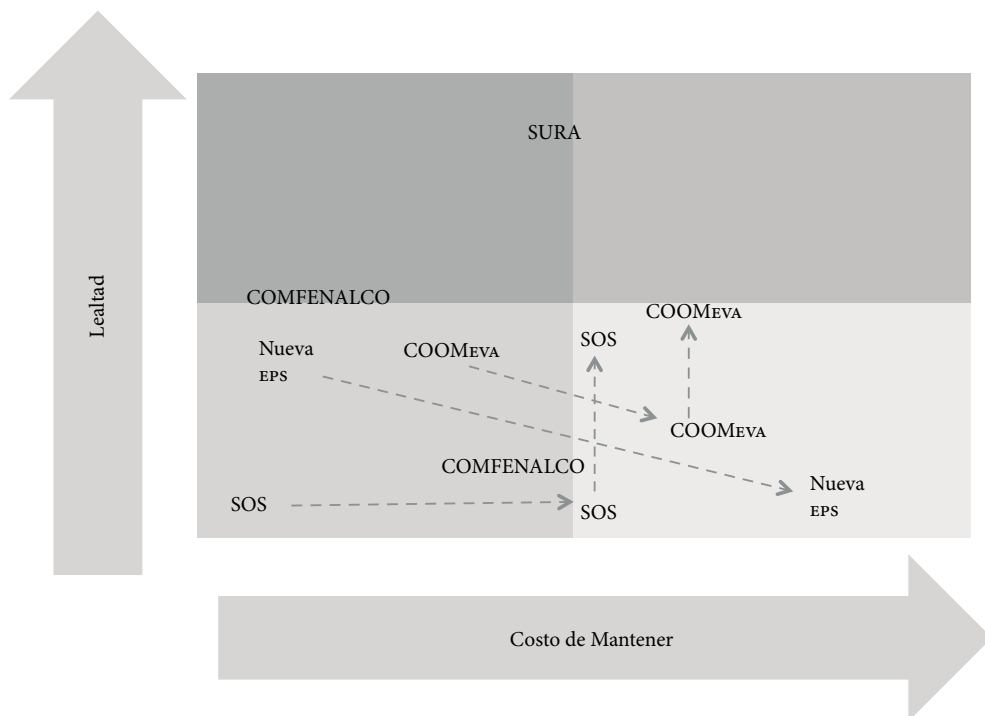
En Colombia, la limitación en una adecuada atención en salud está básicamente determinada por factores externos al sistema y que aquejan la realidad nacional como

Gráfico 2. Herramienta de Clasificación de los Clientes



Fuente: Departamento de Mercadeo Clínica de Occidente.

Gráfico 3. Clasificación Clientes de la Clínica de Occidente.



Fuente: Construcción propia a partir del Comparativo de Facturación, periodos 2006 – 2010.

la corrupción, el clientelismo o el desorden administrativo. Se manejan promedios en calidad de atención y cobertura inferiores a países como Canadá o algunos del norte de Europa, pero muy superior al promedio latinoamericano. Colombia es, hoy por hoy, uno de los países con más desarrollo en salud en América Latina, pero las limitaciones en infraestructura son notorias.

Mientras las entidades de salud serias y con sano criterio empresarial, como la Clínica de Occidente, mantengan sus políticas de innovación y bajos costos, seguirán siendo atractivas y promoverán altos grados de lealtad entre sus usuarios, lo cual, en últimas, le permitirá seguir creciendo y mejorando con verdadera vocación de servicio y permanencia en una sociedad que tanto la necesita.

6 Preguntas para discusión

- Analice los planteamientos estratégicos de la clínica antes de la década de los 90, durante la década de los noventa y después del año 2002.
- ¿Desde qué momento nota usted que la estrategia de la clínica se empieza a alinear con el entorno y en qué momento empiezan a obtenerse resultados positivos?
- Clasifique cuál es el objetivo de la clínica previo y posterior a la entrada en vigencia de la Ley 100. ¿Cuáles son estrategias y cuáles son las tácticas y acciones que desarrollaron en esos dos momentos?
- ¿Qué debería hacer la clínica de Occidente para seguir avanzando?
- ¿Considera Usted que existían otras opciones mejores para la Clínica que ingresar a la ley 550?

- ¿Cuál Considera Usted debe ser el o los valores agregados que la Clínica de Occidente debe ofrecer a sus principales clientes, las EPS?
- Analice la evolución del negocio de la Clínica de Occidente teniendo en cuenta eventos y acciones relevantes

Referencias bibliográficas

- Clínica de Occidente. (2004). Acuerdo de Reestructuración Financiera.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993 que reglamenta la seguridad social integral en Colombia. Reunión de Senado 102 periodo 1993. Recuperado de: http://www.secretaria-senado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html
- Ministerio de Protección Social de Colombia. (2006). Sistema de Información de Gestión de Hospitales Públicos.
- Arias, M. & Forero, D. (2012). Tendencia Económica. Fedesarrollo, (93). Recuperado de: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/TE-No.-93.pdf>
- Gil, A. (2008). Reforma del Sistema de Salud en Colombia: Focalización del Gasto Público Social en Salud. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16501365003>
- Salarte, W. (2011). Informe de la Dirección Financiera Clínica de Occidente.

Anexos

Tabla A1. Comparativo Estados Financieros Clínica de Occidente.

Rubro	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Ingresos operacionales	1.612.125.900	2.615.633.669	4.339.601.149	6.495.165.535	7.934.965.783	9.104.877.252	10.068.877.584
Costo de ventas y prestación de servicios	907.499.287	1.427.415.269	2.383.874.973	3.352.151.889	4.612.165.645	5.874.024.867	7.336.404.592
Gastos de administración y ventas	391.354.478	643.712.513	1.030.284.019	1.563.042.032	2.036.829.520	2.458.578.170	2.860.972.061
Utilidad operacional	313.272.135	544.505.887	925.442.157	1.579.971.614	1.285.970.618	772.274.215	-128.499.069
Impuestos	47.734.467	53.044.701	240.949.015	354.812.036	30.623.261	37.413.492	41.103.857
UODI	265.537.668	491.461.186	684.493.142	1.225.159.578	1.255.347.357	734.860.723	-169.602.926
Otros ingresos	123.118.533	205.713.367	339.599.795	499.831.446	581.682.138	704.756.156	747.620.323
Otros egresos (Descontando Ley 550)	64.889.382	301.015.757	278.570.544	184.922.371	240.096.192	483.124.478	696.322.946
Costo de oportunidad de Capital (IPC Anual)	166.268.966	197.997.869	255.423.834	590.739.728	922.811.924	1.398.526.338	1.588.149.336
EVA	157.497.853	198.160.927	490.098.559	949.328.925	674.121.379	-442.033.937	-1.706.454.885

Fuente: Departamento Financiero Clínica de Occidente.

Tabla A2. Indicadores Financieros Clínica de Occidente

Indicadores de liquidez o de solvencia	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Razón corriente											
Por cada peso de deuda a corto plazo la clínica tiene	1,21	1,26	1,11	1,02	0,85	0,84	0,80	0,83	0,84	0,71	0,70
Solidez											
Capacidad de la Empresa a corto y largo plazo para demostrar su consistencia financiera	3,02	3,53	2,79	2,43	2,25	1,96	1,71	1,72	1,66	1,99	1,81
Prueba ácida											
Se determina como la capacidad de la empresa para cancelar los pasivos corrientes, sin necesidad de tener que acudir a la liquidación de los inventarios.	0,92	1,00	0,95	0,89	0,76	0,77	0,73	0,77	0,78	0,68	0,66
Capital de trabajo (Miles de Pesos)											
El capital de trabajo es el excedente de los activos corrientes, (una vez cancelados los pasivos corrientes) que le quedan a la empresa en calidad de fondos permanentes, para atender las necesidades de la operación normal de la Empresa en marcha	429,786	677,527	447,428	121,545	-1.263,955	-1.997,865	-3,085,566	-2,947,857	-3,069,580	-5,002,640	-6,257,979
Pasivo corriente/inventarios											
En términos porcentuales, muestra que tanto depende la cancelación del pasivo corriente de la venta de inventarios.	3,44	3,79	6,16	7,53	10,83	13,80	13,44	15,87	16,89	31,94	25,38

Fuente: Departamento Financiero Clínica de Occidente.

Tabla A3. Comparativo P&G Clínica de Occidente (1995 – 2003)

Estado de Resultados	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Ingresos Operacionales	9.104.877.252	10.068.877.584	13.218.841.086	19.840.166.205	20.654.956.297	21.323.398.068
Costo de ventas						
Costo de ventas y prestación de servicios	5.874.024.867	7.336.404.592	9.353.504.790	14.386.198.208	14.874.986.145	15.650.159.483
Utilidad bruta	3.230.852.385	2.732.472.992	3.865.336.296	5.453.967.997	5.779.970.152	5.673.238.585
Gastos de administración y ventas	2.458.578.170	2.860.972.061	3.332.673.246	3.918.368.645	5.121.853.397	4.496.378.894
Utilidad operacional	772.274.215	-128.499.069	532.663.050	1.535.599.352	658.116.755	1.176.859.691
Otros ingresos y egresos						
Otros ingresos no operacionales	704.756.156	747.620.323	856.271.632	669.792.760	546.232.004	715.494.759
Otros egresos no operacionales	483.124.478	696.322.946	996.052.162	1.855.898.488	3.049.385.647	2.640.693.995
Utilidad antes de ajustes por inflación	993.905.893	-77.201.692	392.882.520	349.493.624	-1.845.036.888	-748.339.545
Ajustes por inflación	-101.486.344	98.276.783	207.101.139	375.059.996	265.862.745	331.029.626
Impuestos de renta y complementarios	297.046.000	6.241.000	208.596.000	248.738.000		
Utilidad neta del ejercicio	595.373.549	14.834.091	391.387.659	475.815.620	-1.579.174.143	-417.309.919
Intereses	293.038.233	577.216.083	770.800.697	1.428.888.314	1.400.050.699	1.974.571.158
Impuestos	37.413.492	41.103.857	97.749.680	142.580.147	294.410.079	307.832.110
EBIT	925.825.274	633.154.031	1.259.938.036	2.047.284.081	115.286.635	1.865.093.349
Depreciaciones y amortizaciones	842.258.649	1.133.513.540	1.226.845.783	1.477.258.447	1.785.025.252	1.887.839.751
EBITDA	1.768.083.923	1.766.667.571	2.486.783.819	3.524.542.528	1.900.311.887	3.752.933.100

Fuente: Departamento Financiero Clínica de Occidente.

(continúa)

Tabla A3. Comparativo P&G Clínica de Occidente (1995 – 2003) (continuación)

Estado de Resultados	2001	2002	2003
Ingresos Operacionales	20.925.050.486	15.737.203.033	13.414.773.721
Costo de ventas			
Costo de ventas y prestación de servicios	16.186.423.418	13.426.343.982	11.451.701.667
Utilidad bruta	4.738.627.068	2.310.859.051	1.963.072.054
Gastos de administración y ventas	4.562.673.856	4.014.886.659	3.825.120.456
Utilidad operacional	175.953.212	-1.704.027.608	-1.862.048.402
Otros ingresos y egresos			
Otros ingresos no operacionales	636.561.513	895.808.193	447.763.208
Otros egresos no operacionales	2.709.566.215	2.560.218.291	1.020.578.125
Utilidad antes de ajustes por inflación	-1.897.051.490	-3.368.437.706	-2.434.863.319
Ajustes por inflación	283.263.604	216.789.985	330.154.558
Impuestos de renta y complementarios			-
Utilidad neta del ejercicio	-1.613.787.886	-3.151.647.721	-2.104.708.761
Intereses	2.250.865.808	1.756.006.940	836.195.254
Impuestos	290.009.820	513.251.525	917.114.498
EBIT	927.087.742	-882.389.256	-351.399.009
Depreciaciones y amortizaciones	1.812.356.261	1.387.338.961	1.960.641.291
EBITDA	2.739.444.003	504.949.705	1.609.242.282

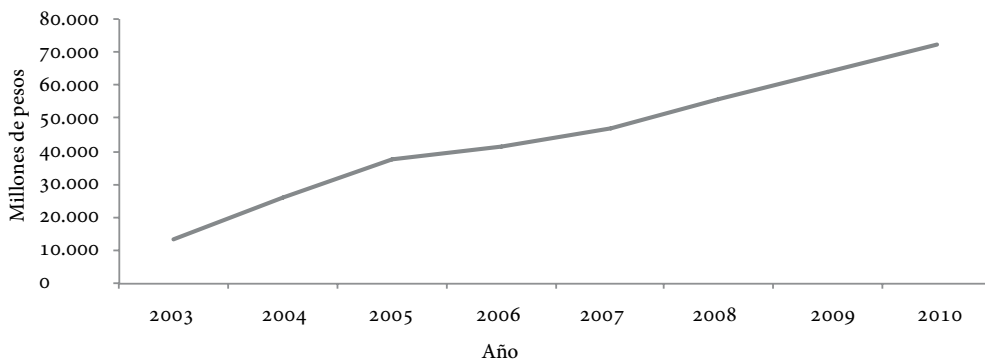
Fuente: Departamento Financiero Clínica de Occidente.

Tabla A4. Crecimiento números de camas Clínica de Occidente

Servicio	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	131	148	168	178	178	182	190
Hospitalización	101	107	111	121	126	132	123
UCI	30	41	57	57	52	50	67
Total	131	148	168	178	178	182	190

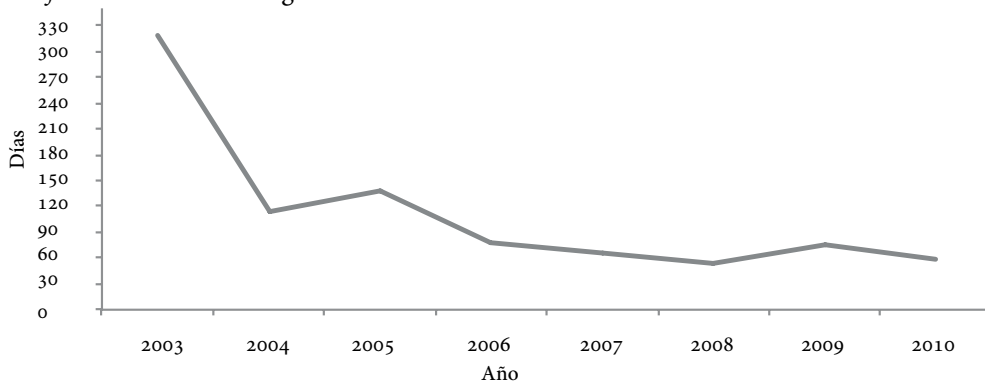
Fuente: Departamento de Bioestadística Clínica de Occidente.

Gráfico A1. Volumen de Facturación de la Clínica de Occidente



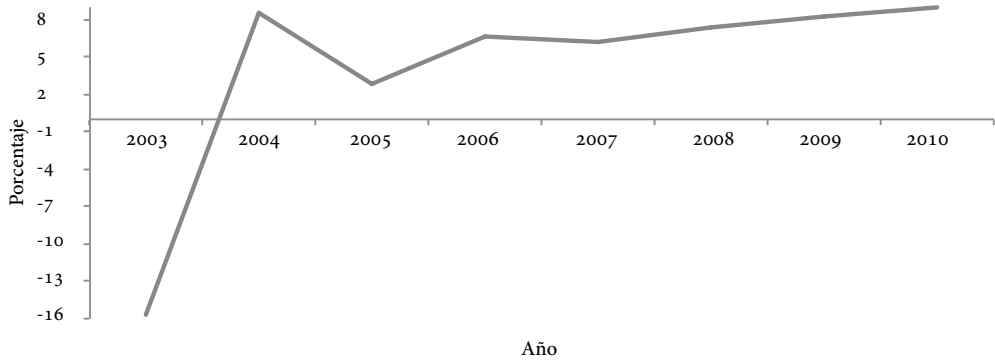
Fuente: Departamento de Bioestadística Clínica de Occidente

Gráfico A2. Periodo de Pago a Proveedores



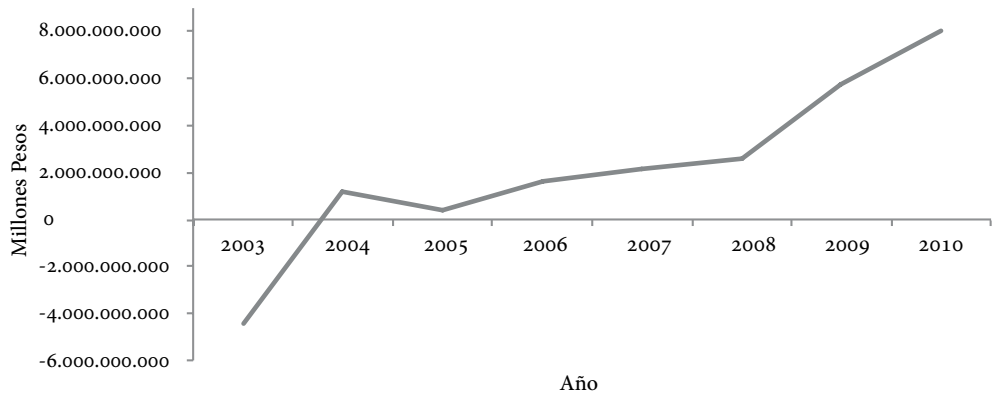
Fuente: Departamento Financiero de Clínica de Occidente

Gráfico A3. Porcentaje Neto de Utilidad Clínica de Occidente



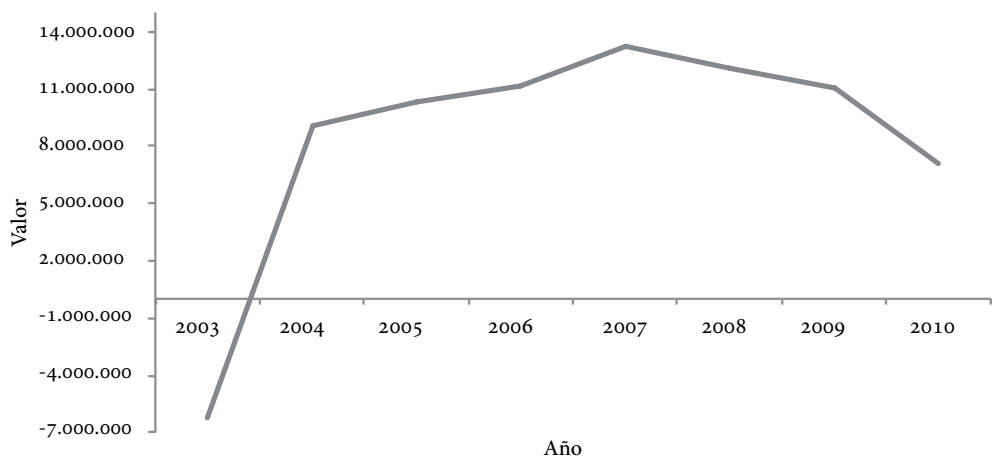
Fuente: Departamento Financiero de Clínica de Occidente

Gráfico A4. Valor Económico Agregado, Clínica de Occidente



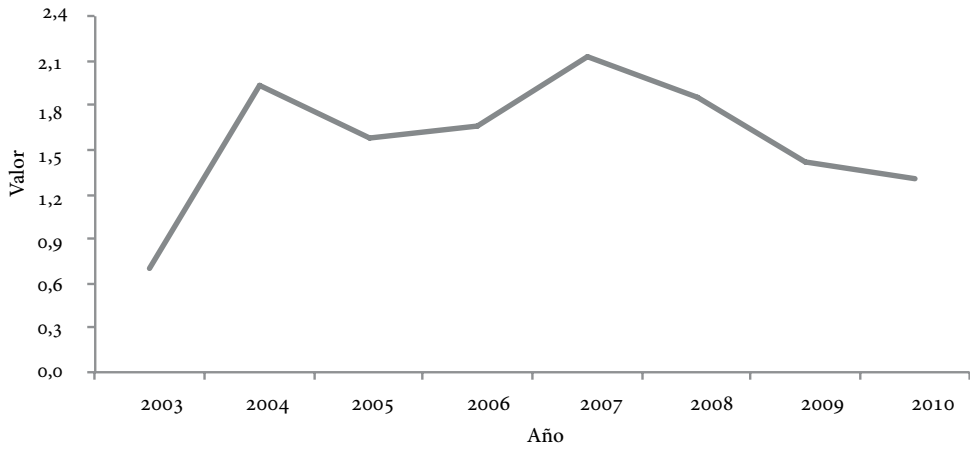
Fuente: Departamento Financiero de Clínica de Occidente

Gráfico A5. Capital de trabajo, Clínica de Occidente



Fuente: Departamento Financiero de Clínica de Occidente

Gráfico A6. Razón Corriente, Clínica de Occidente



Fuente: Departamento Financiero de Clínica de Occidente