



## **Caso Clínica de Occidente “De la quiebra al auge”**

**FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS**

### **Autores:**

Bibiana A. Garcia Velez

Jorge K. Assis Reveiz MD

### **Tutor:**

Fernando Camilo Fernández *MBA*

**Cali, Octubre 9 del 2011**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>LA AGONÍA</b> .....	2
<b>EVOLUCIÓN DE LA CLÍNICA DE OCCIDENTE A PARTIR DE LA LEY 550</b> .....	9
<b>PARA EL AÑO 2010...</b> .....	15
<b>MAPA ESTRATÉGICO CLÍNICA DE OCCIDENTE</b> .....	18
<b>HERRAMIENTA DE CLASIFICACIÓN DE LOS CLIENTES</b> .....	20
<b>CLASIFICACIÓN CLIENTES DE LA CLÍNICA DE OCCIDENTE</b> .....	20
<b>ANEXOS</b> .....	22
<b>ANEXO 1: COMPARATIVO ESTADOS FINANCIEROS CLÍNICA DE OCCIDENTE.</b> .....	23
<b>ANEXO 2: LEY 100 DE SEGURIDAD SOCIAL</b> .....	23
<b>FALENCIAS DE LA LEY 100</b> .....	27
<b>ANEXO 3: INDICADORES FINANCIEROS CLÍNICA DE OCCIDENTE</b> .....	30
<b>ANEXO 4 A: COMPARATIVO P&amp;G CLÍNICA DE OCCIDENTE (1995 – 2003)</b> .....	31
<b>ANEXO 4 B: COMPARATIVO P&amp;G CLÍNICA DE OCCIDENTE (2005-2010)</b> .....	32
<b>ANEXO 5: CRECIMIENTO NÚMEROS DE CAMAS CLÍNICA DE OCCIDENTE</b> .....	33
<b>ANEXO 6: VOLUMEN DE FACTURACIÓN CLÍNICA DE OCCIDENTE</b> .....	33
<b>ANEXO 7: FACTURACIÓN PRINCIPALES CLIENTES, AÑO 2011</b> .....	34
<b>ANEXO 8: COMPARATIVO DE FACTURACIÓN PERIODO 2008 - 2011</b> .....	34
<b>GRAFICA 1: PERIODO DE PAGO A PROVEEDORES</b> .....	35
<b>GRAFICA 2: PORCENTAJE NETO DE UTILIDAD CLÍNICA DE OCCIDENTE</b> .....	35
<b>GRAFICA 3: VALOR ECONÓMICO AGREGADO, CLÍNICA DE OCCIDENTE</b> .....	36
<b>GRAFICA 4: CAPITAL DE TRABAJO, CLÍNICA DE OCCIDENTE</b> .....	36
<b>GRAFICA 5: RAZÓN CORRIENTE, CLÍNICA DE OCCIDENTE</b> .....	37
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	38

## INTRODUCCIÓN

Las clínicas también se pueden recuperar luego de una larga y penosa enfermedad. A finales de 1999 mientras todo el planeta esperaba con algarabía el nacimiento de un nuevo milenio, la Clínica de Occidente, una de las más prestigiosas instituciones de salud en el suroccidente colombiano, se declaraba en quiebra. Miles de caleños que nacieron allí y vieron la luz por primera vez, veían como, paradójicamente, la luz de esta institución se estaba extinguiendo. La clínica, con más de 60 años de presenciar nacimientos, recuperar quebrantos y acompañar partidas de este mundo, había sufrido una larga y penosa enfermedad degenerativa ocasionada por las pérdidas financieras generadas con la entrada en vigencia de la ley 100 de seguridad social en Colombia. Como una droga paliativa, la cual se le inyecta a un paciente en sus últimos días, la institución 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 reestructuración 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 el fondo y ver la luz al final de túnel le dio un motivo para vivir a la clínica. Como el ave fénix que sale de sus cenizas, directivas y personal sufrieron una transformación asombrosa. Todo el conjunto de personas 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.

El recorrido por este caso busca que otras instituciones de salud y empresas privadas, que atraviesan por males similares, conozcan tácticas y estrategias que les permitan recuperarse de sus quebrantos, para que puedan seguir siendo ejemplo de recuperación para miles de pacientes.

## **LA AGONÍA**

En 1938 un pequeño grupo de médicos reunidos en calidad de amigos decidieron crear un centro hospitalario para el servicio de la comunidad; fue así, como la Clínica de Occidente inició labores en dos casas tomadas en alquiler y las habilitó para la hospitalización de pacientes.

Desde 1938, aun siendo propiedad de sus fundadores, la clínica fue regentada por las Hermanas Vicentinas, quienes hicieron parte de la institución hasta 1997 teniendo a su cargo el cuidado de pacientes. El edificio actual de la clínica fue inaugurado el 25 de noviembre de 1945 y desde esa fecha ha venido evolucionando de acuerdo a las necesidades asistenciales. Actualmente la clínica se encuentra ubicada en la Ciudad de Cali.

Hasta 1993 la clínica, siendo una entidad privada, atendía pacientes de estratos 4, 5 y 6. La atención en salud para la población contributiva<sup>1</sup> estaba a cargo del Instituto de Seguridad Social (ISS) que se regía en ese entonces mediante el decreto 1650 de 1977. Desde sus inicios, la clínica de occidente presentó un adecuado manejo financiero y un crecimiento sostenido

---

<sup>1</sup> Pacientes que eran cubiertos por el sistema de seguridad social estatal.

como se puede observar en el **Anexo 1**, el cual muestra la evolución de los estados financieros hasta antes de la ley 100 de 1993. Para ese año, el presidente de la junta directiva y gerente general de la Clínica era el Dr. Marco Antonio Vera<sup>2</sup> quien recuerda esos momentos de la siguiente forma: ***“En esa época nosotros ejercíamos una medicina liberal, no existían todas las entidades medicas 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”.***

En 1993 la implementación de la ley 100 de seguridad social creó un hito en el sistema general de salud en Colombia, reglamentando el sistema general de pensiones, de seguridad social en salud, de riesgos profesionales y servicios sociales complementarios en salud. (Ver **Anexo 2**). Desde la implementación de dicha ley, las clínicas privadas en Colombia vieron amenazada su supervivencia. Los directivos de la clínica de Occidente de ese entonces no visualizaron el alcance de la ley ni se llegaron a imaginar que el entorno político y la normatividad legal de la salud en Colombia iban a tomar un giro tan drástico. ***“... 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 intermedios como las EPS, los cuales se convirtieron en nuestros clientes directos”*** afirma el Dr. Marco A Vera.

La estrategia implementada por la clínica, no estuvo alineada con el nuevo entorno. No se desarrolló una planeación que le permitiera controlar los costos o diversificarse buscando

---

<sup>2</sup> Cirujano General, Miembro de la Junta Directiva de la Clínica de Occidente hasta el año 1998

sinergias y generar mayor rentabilidad. Al respecto, el Dr. Alberto Domínguez Domínguez<sup>3</sup>, miembro de la Junta Directiva para el año 1993, menciona: ***“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”***.

La Ley 100 definía la obligatoriedad de que las clínicas, en adelante llamadas Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), tuvieran autonomía administrativa y financiera, además de disponer de una contabilidad de costos que les permitiera conocer exactamente el valor de prestar cada servicio. Dados los altos márgenes de rentabilidad que obtenían antes de dicha ley, el tema de costos no era importante para estas instituciones. Hasta después del año 2002 esto no se había logrado implementar en la mayoría de las Clínicas (IPS). 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<sup>4</sup>.

Las EPS desde su formación, contaron con un fuerte músculo financiero proveniente de los grandes grupos económicos del país y definieron en forma unilateral las tarifas que serían cobradas por los servicios profesionales, 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 Capitalización) y éste fue aprobado finalmente en

---

<sup>3</sup> Odontólogo General Miembro de la Junta Directiva de la Clínica de Occidente hasta la fecha, actualmente se desempeña como Presidente de la misma.

<sup>4</sup> Colombia Congreso de la República de Colombia,( 1993), *Reunión de Senado 102 periodo 1993, LEY 100 DE 1993*, que reglamenta la seguridad social integral en Colombia (diciembre 23 de 1993); Bogotá

1995 basados en las tarifas usadas para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - SOAT-.

Igualmente, se definió que debería existir un equilibrio entre los aportes que recibirían las EPS como intermediarios y sus gastos. Ese equilibrio 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-. La posibilidad de un aumento tarifario como decisión tomada por las EPS era muy remota; se calculaba que los primeros años, los resultados operacionales de éstas fueran negativos, con posibilidad de agravarse si no se lograra el volumen de afiliación esperado; esta situación conllevaría a un desequilibrio en el fondo, arrastrando el sistema de salud a una situación crítica<sup>5</sup>.

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 de Occidente, estos gastos sobrepasaban en 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.

---

<sup>5</sup> Gil Ospina Armando Antonio, (2004), REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA: FOCALIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO SOCIAL EN SALUD. Bogotá

Estas falencias conllevaron a que en el año 2002, después de una crisis financiera que se puede observar en los índices de rentabilidad y solidez muy bajos (**Anexo 3**) y estados de pérdidas y ganancias golpeados como resultado de la baja productividad en el desarrollo de la actividad comercial (Ver **Anexo 4**), la junta directiva decidiera implementar una nueva estrategia que contribuyera a mejorar los resultados. En palabras del doctor Alfredo Domínguez<sup>6</sup>, *“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”*

En la reunión de la Junta directiva el 14 de enero de 2003, agobiados por los resultados económicos de los últimos años y particularmente por la iliquidez de los últimos meses, los cuales se veían reflejados en utilidades negativas por encima de los 2.000 millones de pesos antes de impuestos en el Estado de Pérdidas 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 pésima recuperación de cartera excedía los 280 días, el funcionamiento administrativo se tornó insostenible. Los directivos de la clínica se vieron obligados a considerar cuatro alternativas:

---

<sup>6</sup> Gerente General encargado de la Clínica en el año 2002.



1. Entregar la clínica tercerizando la administración pero manteniendo la propiedad
2. Entregar la clínica a un tercero entregando la propiedad
3. Liquidar la compañía nombrando un liquidador para tal fin.
4. Ingresar a la ley 550 de reestructuración financiera.

Frente a estas cuatro opciones, el doctor Marco A Vera recuerda que ***“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.***

En Febrero 2 del 2003 la Junta Directiva de la clínica logró hacer contactos con la Clínica del Country en Bogotá, quien para ese entonces administraba clínicas en varias ciudades de Colombia, y se mostraba interesada en administrar la clínica sin hacerse a la propiedad. Para tal fin exigía disminuir los pasivos en una proporción considerable y ponerse al día laboralmente. En ese momento era muy difícil conseguir nuevos créditos debido a la precaria situación financiera y no había interés de los socios por recapitalizar la empresa. Por ese motivo no se pudo concretar ese acuerdo.

El 4 de Mayo del 2003, después de varias reuniones previas en Bogotá con representantes de la EPS Saludcoop se logró llegar a una primera mesa de reunión en Cali, en la sede de la Clínica de Occidente entre la Junta directiva de la clínica y el representante legal de Saludcoop. La EPS haría una oferta económica por la Clínica de Occidente. Para sorpresa de la junta directiva de la Clínica en la reunión, El Dr. Luis E. Palacino, representante de Saludcoop propuso: ***“Nosotros nos quedamos con la Clínica y sus pasivos y les devolvemos el logo y***

**aviso**". Su frase causó indignación entre la Junta directiva que en forma inmediata rechazó su ofrecimiento.

Para ese momento la opción más difícil era entrar a la ley 550. Eso implicaba contratar una auditoría externa para iniciar el proceso en el cual 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 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 la ley 550. Como institución de salud no había en ese momento antecedentes de otras instituciones en la misma situación que permitiesen tener un parámetro de comparación.

Para Agosto del 2003 se decidió tomar el camino de acceder a la ley 550<sup>7</sup>. Se inició con la contratación de la auditoría externa que realizó la empresa consultora Arthur Andersen y tres meses después se conformó el grupo de trabajo que inició el proceso. En ese momento, el entonces asesor de la Junta directiva, el Dr. James Osorio<sup>8</sup> comentaba; ***“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.***

---

<sup>7</sup> Clínica de Occidente, Febrero (2004), *Acuerdo de Reestructuración Financiera*, Cali

<sup>8</sup> El Dr. James Osorio Valencia, gerente general de la Clínica de Occidente de Cali hasta Septiembre de 2011

*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<sup>9</sup>.*

### **EVOLUCIÓN DE LA CLÍNICA DE OCCIDENTE A PARTIR DE LA LEY 550**

El objetivo primordial de la ley 550 (1999), era establecer un régimen que promoviera y facilitara la reactivación empresarial y la reestructuración de los entes territoriales para asegurar la función social de las empresas y lograr el desarrollo armónico de las regiones. La ley era aplicable a toda empresa que operara de manera permanente en el territorio nacional, también se podía aplicar a cualquier clase de persona jurídica, nacional o extranjera, de carácter privado, público o de economía mixta, con excepción de las vigiladas por la Superintendencia de Economía Solidaria y que ejercieran actividad financiera y de ahorro y crédito, bolsas de Valores o intermediarios de valores inscritos en el Registro Nacional de Valores e Intermediarios sujetos a la vigilancia de la Superintendencia de Valores. La ley aplicaba a la clínica de Occidente como empresa de carácter privado, vigilada por la Superintendencia de salud.

La negociación del acuerdo fue solicitada por la clínica, luego que dos o más obligaciones incumplidas por más de 90 días significaran más del 5% del pasivo corriente de la

---

<sup>9</sup> Acta redactada el 12 de agosto de 2003 en reunión de la Junta Directiva realizada el mismo día a las 8:00 am en la ciudad de Cali, instalaciones Clínica de Occidente.

empresa. La solicitud se presentó ante la superintendencia de salud y la superintendencia de sociedades, entidades que ejercían vigilancia sobre la Clínica y de su actividad.

Dentro del acuerdo se aplicó la figura del Promotor (figura prevista en la ley 550 de 1999), El promotor fue elegido por los acreedores; proveedores y la misma clínica con el aval del gobierno. En este caso en particular se designó al Dr. Jaime Olano Martínez. Persona de alta trayectoria en el medio. Las funciones del Dr. Jaime Olano desde el principio fueron las de participar en la negociación, el análisis y la elaboración de los acuerdos de reestructuración en sus aspectos financieros, administrativos, contables, legales y demás que se requiriesen, para lo cual siempre ha contado con la asesoría de peritos expertos en las correspondientes materias. Dentro del acuerdo también se constituyó el denominado Comité de Vigilancia que tenía como funciones junto con el promotor el de normatizar y supervisar la aplicación de las políticas del acuerdo.

El acuerdo estará vigente hasta cuando se hayan cancelado la totalidad de las obligaciones, es decir hasta el día 30 de septiembre de 2014, momento en el cual el Comité de Vigilancia dejará constancia en acta a fin de que el Promotor o en su defecto el representante legal de Clínica de Occidente S.A. así lo informe a la entidad Nominadora y se inscriba en la Cámara de Comercio

Para finales del 2004, luego de entrar formalmente a regirse por las condiciones preestablecidas en la ley 550, la clínica 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 Dr. James Osorio, nuevo gerente de la Clínica de Occidente comentaba: *“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”*; De todas las acciones realizadas las que se describen a continuación se consideran que tuvieron la mayor relevancia:

1. Reestructuración en el área administrativa y financiera con el objetivo de alcanzar una 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 **Grafica 1:** Periodo de pago a Proveedores)
2. Plan de acción comercial fundamentado en tres aspectos básicos:
  - Ampliación de la oferta de servicios. Se fortaleció el manejo integral para la atención en salud en el nivel IV; nivel 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 para las EPS, tarifas basadas en las establecidas por el SOAT y no en el precio para la atención de pacientes reglamentado por la ley 100 de seguridad social. Esta política se implementó dado que las tarifas SOAT eran hasta 25% mayores a las reglamentadas en el Manual de Procedimientos y Precios – MAPIPOS- de la Ley 100.
  - Apertura de la atención del SOAT (Atención a los pacientes 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. Para comienzos del año 2005 se establecieron las primeras alianzas estratégicas con proveedores de equipos e insumos médicos, para el montaje de Unidades de Cuidados Intensivos -UCI- en asocio con empresas de este tipo. Entrando la clínica a participar de las utilidades operativas en porcentajes definidos de acuerdo a su complejidad. Permitiéndole un crecimiento sostenido en su capacidad operativa. (Ver **Anexo 5**)
4. En Septiembre del 2005, iniciaron 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 el de alinear tecnológicamente la Clínica al sector salud y a los decretos reglamentarios de la ley 100.

Todo lo anterior se tradujo en un aumento de la capacidad instalada en camas, quirófanos y área de urgencias. El crecimiento de la economía colombiana, sumado a un adecuado manejo en costos aportó al crecimiento financiero de la Clínica de Occidente. Algunas consideraciones importantes y que son reflejo de esas circunstancias son:

1. El *volumen de facturación* anual de la Clínica de Occidente pasó de \$ 13,414,773,721 en el 2003 a \$ 71,326,719,872 en el 2010, es decir, tuvo un crecimiento de 441%, siendo sin duda uno de los indicadores que más influyeron en la recuperación de la Clínica. (Ver **Anexo 6**).

2. El *margen neto de utilidad*, el cual permite identificar la rentabilidad de la Clínica después de la deducción de impuestos, aumentó de -15.69% en el 2003 al 8.98% en el 2010, y la utilidad neta creció de -\$ 2.104.708.761 en el 2003 a \$ 6.402.025.947 en el 2010. Esto

significa que la utilidad después de impuestos pasó de tener pérdidas a ganancias superiores a los 6 mil millones de pesos en un lapso de 10 años. El margen neto de utilidad se incrementó 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 de la organización. (Ver **Grafica 2:** Porcentaje Neto de Utilidad Clínica de Occidente).

3. El *EVA*, en miles de pesos pasó de -\$ 4,462,954 en el 2003 a \$ 6,821,115,641 en el 2010, lo cual indica que se le está agregando valor real a los socios de la empresa, es decir que se está generando riqueza a los accionistas de la Clínica, cuando antes por el contrario estaba generando pérdida para ellos. (Ver **Grafica 3:** Valor Económico Agregado, Clínica de Occidente<sup>10</sup>.)

4. 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 de la Clínica, así como ir adquiriendo equipos modernos para mejorar y ampliar la capacidad instalada y prestar servicios de excelente calidad. (Ver **Grafica 4:** Capital de trabajo, Clínica de Occidente)

5. El aumento de la liquidez permitió pasar de 319 días de pago a proveedores en el año 2003 a 58 días en el 2010. Con esta mejora se aprovecharon descuentos financieros por pronto

---

<sup>10</sup> Salarte William (2011), Mayo Clínica de Occidente, Dirección Financiera: Cali

pago que ha contribuido a mejorar la utilidad neta año tras año. (Ver **Grafica 5: Razón Corriente**<sup>11</sup>)

6. El endeudamiento disminuyó de 55.18 % al 43.88% del año 2003 al 2010, dada la política de no endeudamiento (trabajar con recursos propios) que se ha establecido en los últimos años, y al pago oportuno que se ha realizado año tras año de las obligaciones que se firmaron en el acuerdo de reestructuración de febrero de 2004<sup>12</sup>.

7. Las utilidades operacional y neta 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 estaba muy por debajo<sup>13</sup>.

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<sup>14</sup> de la Clínica, muestra como ese componente importado oscila entre el 28% y el 35% de su costo. Ese componente incluye además de insumos importados en forma directa o por terceros, compra y mantenimiento en dólares de algunos equipos, medicamentos y repuestos.

---

<sup>11</sup> Salarte William (2011), Mayo Clínica de Occidente, Dirección Financiera: Cal

<sup>12</sup> Salarte William (2011), Mayo Clínica de Occidente, Dirección Financiera: Cali

<sup>13</sup> Fuente: Sistema de Información de Gestión de Hospitales Públicos. Diciembre 2006. Ministerio de la Protección Social.

<sup>14</sup> Entrevista hecha al Dr. James Osorio Valencia Gerente clínica de Occidente Mayo 14 del 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<sup>15</sup>.

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<sup>16</sup>.

#### **PARA EL AÑO 2010...**

Para el año 2010, Colombia muestra un sistema de salud inmerso en un mar de problemas financieros, corrupción, crisis en la red pública hospitalaria, desvíos en inversiones de los presupuestos 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

---

<sup>15</sup> Salarte William (2011), Mayo Clínica de Occidente, Dirección Financiera: Cali

<sup>16</sup> Osorio Valencia James), (2011), Mayo *Entrevista Hecha al Gerente Clínica de Occidente*, Cali hasta Septiembre 2011

del sistema de salud en Colombia<sup>17</sup>. 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, basados 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 ha sabido presentar al mercado con innovaciones permanentes como son la atención integral por niveles, la auditoria 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 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<sup>18</sup>.

La Clínica ha mostrado 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.

---

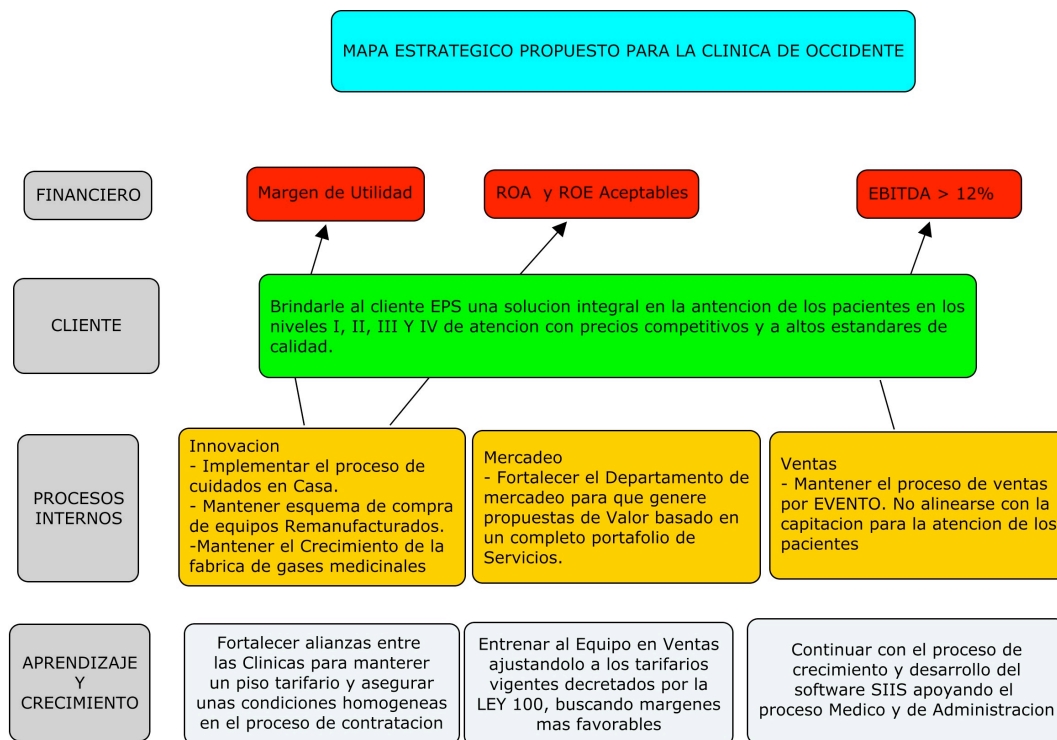
<sup>17</sup> Fedesarrollo, Arias María Alejandra, David Forero (2010), Tendencia Económica, Informe Mensual 93, Enero 2010. Bogotá.

<sup>18</sup> Informe Económico Periódico el País de Cali, Julio del 2011

- Se ha establecido por primera vez una política de asignación de recursos para I+D de tecnologías y mercados, que aunque no excede el 1% de sus costos ha garantizado la permanencia ante el constante cambio en la tecnología y mantiene viables proyectos como la Unidad de Cáncer que iniciará a operar a finales del 2011. Estas proyecciones están basadas en la participación de sus clientes de III y IV nivel de complejidad en la facturación (Ver Anexo 7)
- La Clínica actualmente está en proceso de integrar a su operación, otras clínicas regionales de ciudades como Palmira y Buga con el objetivo 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 la atención integral y permanente de todos los niveles de atención proyectando un aumento en la facturación de al menos 1.500 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 ha logrado mantener el compromiso de todos sus acreedores en lo que respecta al respaldo sobre el desarrollo de nuevos proyectos.

- La Clínica planea la ampliación de la planta de gases medicinales (desde 2008 se obtiene grandes ahorros en costos debido a que los produce en su propia planta). Este proyecto de crecimiento está asociado con la venta a terceros, lo que pondría a la Institución a competir con multinacionales como AgaFano.
- La Clínica 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 un muy bajo grado de lealtad y mantener un valor agregado atractivo ha sido uno de los focos del departamento administrativo:  
*“Brindar una solución integral en la atención de los pacientes de todos los niveles de atención con precios muy competitivos y altos estándares de calidad”*

#### **Mapa Estratégico Clínica de Occidente**



Fuente: Departamento de Mercadeo Clínica de Occidente

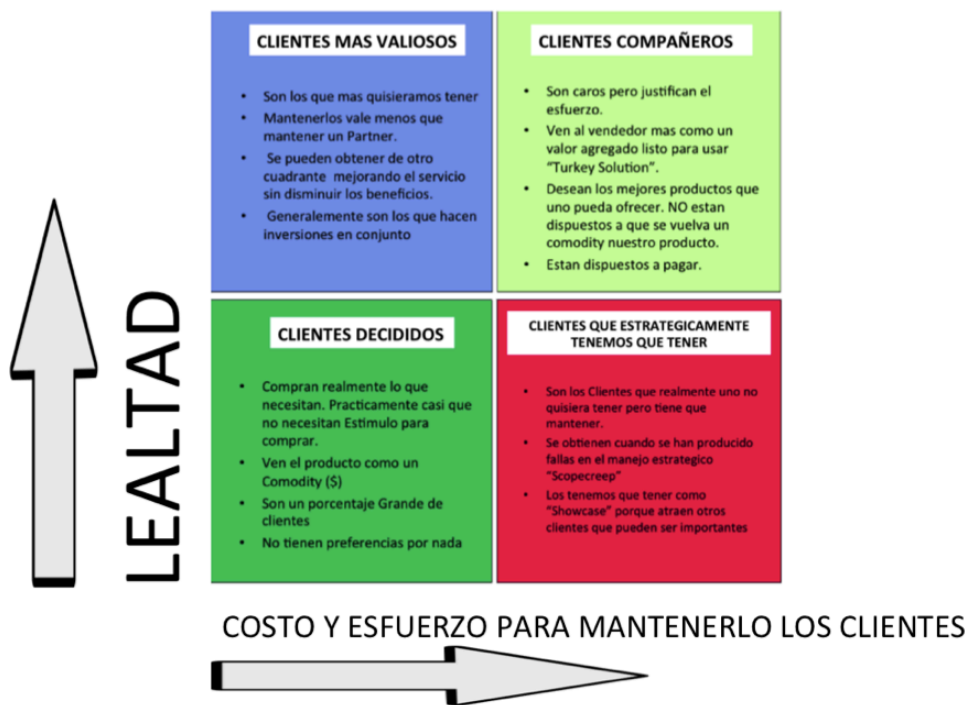
- El valor de la marca Clínica de Occidente está compuesto de lealtad de actitud y lealtad de conducta. La lealtad de actitud se entiende en cómo el consumidor y la EPS se siente y piensa acerca del producto o servicio, y qué proporción de su decisión le otorgan a esa marca. Aunque el mercado de servicios con las EPS realmente no muestra un grado de lealtad, si se puede observar compromisos firmes con los que se consideran *partners* o aliados estratégicos.

En las gráficas 2 y 3 relacionado a continuación se observa el compromiso a través del tiempo de las diferentes EPS con la Clínica. Clientes como Suramericana se han mantenido fieles a través del tiempo. Mientras otros como Coomeva EPS han ido y venido debido a sus inestables políticas de contratación. La nueva EPS a 2011 está abandonando la Institución, pues

su crecimiento vertical, además de otros contratos unilaterales les permite acceder a otras instituciones de salud. Otros como las cajas de compensación han mantenido comportamientos muy planos. Pero como se puede observar en el panorama están construyendo sus propias clínicas lo que hace prever que se moverán en el mapa.

### Herramienta de Clasificación de los Clientes

## CLASIFICANDO MIS CLIENTES



### Clasificación Clientes de la Clínica de Occidente



Fuente: construcción propia a partir del Comparativo de Facturación, periodos 2006 - 2010

Observando las cifras de facturación de la clínica a lo largo de varios años, se evidencia la disminución en el consumo de la Nueva EPS y ventas no regulares a Coomeva EPS. Por el contrario, Suramericana presenta un crecimiento a través de los años que sustentan el hecho de considerarlo un cliente como cliente más valioso (Ver Anexo 8).

Continuando con las medidas establecidas, la Clínica está utilizando una hoja de ruta tecnológica que fue diseñada con el fin de planificar, crear y desarrollar en forma gradual la metodología *Customer Relationship Management -CRM-* dentro del llamado sistema de información Integrado en Salud -SIIS-, actualmente en funcionamiento en la institución, para lograr estrategias que permitan hacer viable el proceso de Acreditación Nacional e Internacional. Actualmente la Clínica se encuentra certificada por el ICONTEC.

Adicionalmente se 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 la corrupción, el clientelismo o el desorden administrativo. Se manejan promedios en calidad de atención y cobertura inferiores a países como Canadá o algunos países 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 empresas como la Clínica de Occidente mantengan sus políticas de innovación y bajos costos serán atractivas y promoverán altos grados de lealtad entre sus usuarios.



### **Anexo 1: Comparativo Estados Financieros Clínica de Occidente.**

CLINICA DE OCCIDENTE S.A.	CUADRO COMPARATIVO DE LOS ESTADOS FINANCIEROS DESDE EL AÑO 1990 HASTA EL AÑO 1996						
	1996	1995	1994	1993	1992	1991	1990
INGRESOS OPERACIONALES	10.068.877.584	9.104.877.252	7.934.965.783	6.495.165.535	4.339.601.149	2.615.633.669	1.612.125.900
COSTO DE VENTAS Y PRESTACION DE SERVICIOS	7.336.404.592	5.874.024.867	4.612.165.645	3.352.151.889	2.383.874.973	1.427.415.269	907.499.287
GASTOS DE ADMINISTRACION Y VENTAS	2.860.972.061	2.458.578.170	2.036.829.520	1.563.042.032	1.030.284.019	643.712.513	391.354.478
<b>UTILIDAD OPERACIONAL</b>	<b>-128.499.069</b>	<b>772.274.215</b>	<b>1.285.970.618</b>	<b>1.579.971.614</b>	<b>925.442.157</b>	<b>544.505.887</b>	<b>313.272.135</b>
IMPUESTOS	41.103.857	37.413.492	30.623.261	354.812.036	240.949.015	53.044.701	47.734.467
<b>UODI</b>	<b>-169.602.926</b>	<b>734.860.723</b>	<b>1.255.347.357</b>	<b>1.225.159.578</b>	<b>684.493.142</b>	<b>491.461.186</b>	<b>265.537.668</b>
OTROS INGRESOS	747.620.323	704.756.156	581.682.138	499.831.446	339.599.795	205.713.367	123.118.533
OTROS EGRESOS (DESCONTANDO LEY 550)	696.322.946	483.124.478	240.096.192	184.922.371	278.570.544	301.015.757	64.889.382
COSTO DE OPORTUNIDAD DE CAPITAL (IPC ANUAL)	1.588.149.336	1.398.526.338	922.811.924	590.739.728	255.423.834	197.997.869	166.268.966
<b>EVA</b>	<b>-1.706.454.885</b>	<b>-442.033.937</b>	<b>674.121.379</b>	<b>949.328.925</b>	<b>490.098.559</b>	<b>198.160.927</b>	<b>157.497.853</b>
FUENTE: DEPARTAMENTO FINANCIERO CLINICA DE OCCIDENTE							

Fuente: Departamento Financiero Clínica de Occidente; periodos comprendidos entre el año 1990 y el año 1996

### **Anexo 2: Ley 100 de Seguridad Social**

La ley 100 de 1993, crea un nuevo sistema de Seguridad Social para Colombia. Trabaja sobre tres pilares fundamentales: Pensiones, Salud y riesgos profesionales, los cuales fueron promulgados en cuatro libros. El Sistema General de Pensiones esta normatizado en el primer Libro. El Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Libro Segundo. El Sistema General de Riesgos Profesionales en el Libro Tercero y en Servicios Sociales Complementarios en el Libro Cuarto. . La ley 100 es un modelo esencialmente económico que también se considera como un modelo de atención universal. Es Económico pues idealmente debe funcionar dentro de un mercado de libre competencia eliminando el monopolio estatal dentro de la salud y fue reglamentada inicialmente para restringir todo tipo de monopolio privado. La Ley define que los usuarios tienen libre escogencia y movilidad con respecto a su prestador de salud. La competencia entre los prestadores del sistema se basa

fundamentalmente en la calidad de los servicios. Para la financiación del sistema se incluyeron recursos provenientes del Sistema General de Participaciones, de los ingresos corrientes de la Nación, del petróleo, los licores, rentas cedidas, juegos de suerte y azar, más los aportes parafiscales de los afiliados con capacidad de pago.

La ley 100 es universal porque aumentó la cobertura del sistema de salud del 20% al 90% de la población ampliando los beneficios al núcleo familiar del trabajador. La ley reglamenta que todos los colombianos deben estar dentro del sistema y que el sistema debe garantizar la salud como derecho fundamental. En el Capítulo 1, Artículo 2 y en el artículo 153 de la ley se reglamentan los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización y calidad.

La población Colombiana para objeto de atención se organiza en tres regímenes: Contributivo, subsidiado y Vinculado.

En el Régimen Contributivo: Se encuentra el grupo de colombianos asalariados y trabajadores independientes. Corresponde aproximadamente al 25% de la población de Colombia. Son atendidos por las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Su financiación es con base en el 12% del salario más las cuotas moderadoras y copagos.

En el Régimen Subsidiado<sup>19</sup>: Se encuentra la población pobre y vulnerable. La población es identificada y clasificada por el SISBEN (Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios Sociales). A este régimen corresponden a los estratos 1 y 2. Que son

---

<sup>19</sup> Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, ACUERDO 77 de 1997...(1997) *Forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. [En Línea], Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Bogotá, 20 de noviembre de 1997. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/>

aproximadamente el 25% de la población de Colombia, Este régimen atendido por:

1. las Entidades prestadoras de Salud (EPS)
2. las ESES (Empresas sociales del Estado)
3. Inicialmente estaban contemplados los aportes por las Cajas de Compensación Familiar (CCF).
4. El Fosyga (fondo de seguridad y garantías) financia el 1%

En el Régimen Vinculado: Se encuentran los pobres y los que no pertenecen a ningún tipo de régimen. Están los estratos 0, 1 y 2 y corresponde aproximadamente al 50% de la población de Colombia. Se encuentran bajo la denominación de vinculados aquellas personas a quienes se les ha realizado la encuesta SISBEN pero que aún no han obtenido un cupo para pertenecer al régimen subsidiado y tiene prelación para ser atendidos en la red pública de servicios de salud.

El objetivo es que el sistema sea dinámico. Se pretende por la ley que sea el Régimen subsidiado el de mayor crecimiento debido a que la población del régimen vinculado debe ser trasladada a este régimen en la medida en que sea identificada y clasificada. Este régimen en teoría cuenta con la mayor financiación debido a que cuenta con recursos provenientes de todos los rubros descritos anteriormente; petróleo, fisco, contributivos (los que tienen ingresos mayores a cuatro salarios mínimos), juegos de azar y licores.

La Ley contemplaba que los municipios debían destinar a salud 15% del situado fiscal<sup>20</sup> pero se encontró que los municipio no tenían esa posibilidad pues sus recursos se comprometían en otros rubros, lo que hizo necesario modificar temporalmente la posibilidad de destinar los dineros al rubro salud por parte de los municipios. El gobierno se encontró en déficit para mantener los hospitales regionales y debió trasladar recursos que estaban destinados inicialmente para el régimen subsidiado.

Para la prestación de los servicios se organizan planes específicos para Promoción y Prevención, Plan de Atención Básica, Plan Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito SOAT y eventos catastróficos, riesgos profesionales, entre otros, cada plan está definido con sus objetos específicos.

Hasta la promulgación de la Ley 100 la atención en salud para la población contributiva estaba a cargo del Instituto de Seguridad social (ISS) que se regía mediante el decreto 1650 de 1977. A partir de la ley 100 apareció el llamado “Manual de procedimientos y actividades del POS (MAPIPOS) muy semejante al que se manejaba por el ISS pero con la diferencias en “contra” como:

1. los pacientes a partir de la ley 100 deberían cumplir tiempos de espera mínimos desde su afiliación al sistema para poder acceder a ciertos procedimientos quirúrgicos o a que fueren cubiertos para enfermedades de alto costo. Antes de la Ley 100 no existían los tiempos de espera.

---

<sup>20</sup> Herrera V y Cortes E. (2000). *Análisis de la descentralización de la política social y la municipalización del sistema general de seguridad social en salud en municipios de categoría 4, 5 y 6. ESAP-CIMAP, Bogotá.*

2. Los medicamentos incluidos en el listado del ISS eran más que los que aparecen en el MAPIPOS de la ley 100.
3. El trabajador a partir de la ley 100 debería cancelar cuota moderadora para acceder a los servicios. Antes de 1993 no existían las cuotas moderadoras.

Aunque aparentemente estas son debilidades de la ley 100 frente al sistema anterior, estas situaciones le permitirían al nuevo sistema ser más viable desde el punto de vista económico, intentando llevar al usuario un nuevo esquema de valor agregado menos paternalista.

### **Falencias de la Ley 100**

Desde su implementación, han sido claramente identificables varias debilidades en la aplicación de la ley 100 de 1993, entre ellas:

1. Debilidades en el seguimiento y control de las enfermedades, permanentes conflictos entre los usuarios y las Entidades Prestadoras de Salud por la definición de coberturas y diferencias en las coberturas entre los diferentes regímenes<sup>21</sup>.
2. Debido a que no se cuenta con los aportes municipales, el gobierno se ha visto forzado a destinar recursos que inicialmente estaban destinados a la “demanda de salud” dentro del

---

<sup>21</sup> DovChernichovski, Ph.D, (2002). El sistema de salud en Colombia: “Una sinfonía inconclusa y arriesgada”  
dov@bgu.ac.il Universidad de Ben Gurion - Israel

régimen subsidiado a la “oferta de salud” para los diferentes regímenes. Incluso el régimen subsidiado en el llamado Programa de Apoyo hospitalario lo que inestabilidad el sistema<sup>22</sup>.

3. El aporte que las cajas de compensación familiar (CCF) están obligadas a destinar al régimen subsidiado, cubre solamente una pequeña fracción de la población carnetizada por el SISBEN (Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios Sociales<sup>23</sup>).

4. La adjudicación irregular del Carnet del SISBEN, en muchos municipios incluidos capitales de departamentos como Cali ha hecho que muchas personas que tienen afiliación a las EPS, tengan doble afiliación al sistema. Afectando el acceso de los más pobres al sistema.

La implantación y desarrollo del sistema siempre ha estado a la par de los Objetivos en salud a nivel mundial. La ley 100 a comienzos del año 2001 sufrió reformas estructurales con el objetivo de fortalecer la atención a los más desfavorecidos. Colombia<sup>24</sup> entró a participar en los llamados ODM<sup>25</sup> (Objetivos del Milenio. Seis de los ocho objetivos del milenio propuestos por la ONU fueron tenidos en cuenta en la reforma.) Estos principios estuvieron relacionados y hacen parte de las políticas mundiales en la lucha contra la pobreza, el hambre, la mortalidad, la

---

<sup>22</sup> VARGAS YARA, Gustavo (2004). *¿Es Equitativo el Gasto Social en Salud?* Cuadernos de Economía. Volumen XXIII. N° 41. Universidad Nacional de Colombia. Bogota

<sup>23</sup> Colombia, (2002), *Sistema de Información de Gestión de Hospitales (SIHO)* C DNP. Plan Nacional de Desarrollo 2002- 2006, Bogotá

<sup>24</sup> Conpes Social 3081 de 2000, (2003) *Artículo 1 – Decreto 205 de febrero de 2003*, Bogota

<sup>25</sup> Banco Interamericano de Desarrollo (BID).( 2004). "*Estrategia de Salud (Marco para la Acción Sectorial del Banco) Perfil*", Washington D.C.,

presencia de ciertas enfermedades además del derecho de la población al acceso al agua potable y medicamentos esenciales<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> United Nations Development Program, (2005), Instituto de Investigación Económica Aplicada, Meeting the Millennium, Washington D.C