

Estrategias de las IPS para sobrevivir a la crisis del sistema de salud colombiano: el caso de la clínica Soma de Medellín*

María Victoria Restrepo Vélez**

Recibido: 17/09/2015
Aprobado: 20/11/2015

Forma de citar este artículo en APA: Restrepo, M. (enero-Junio 2016). Estrategias de las IPS para sobrevivir a la crisis del sistema de salud colombiano: el caso de la clínica Soma de Medellín. *Revista Innovación Empresarial*, 2(1), Pág. 73-90.

Resumen

El presente artículo, aborda el tema de la crisis del sistema de salud en Colombia desde una perspectiva hasta ahora poco explorada: la de las instituciones prestadoras de salud. Para tal efecto, luego de una breve caracterización de dicho sistema y de la crisis por la que atraviesa, se refieren los aspectos teóricos definitorios de algunas herramientas de análisis estratégico y su aplicación por parte de la Clínica SOMA de Medellín, para así evidenciar las múltiples tareas por las que se ve avocada una organización para sobrevivir en un sector que, desde la teoría, se muestra perfecto pero que en la práctica resulta estar desbalanceado a favor de algunos de sus actores y en contra de otros, como es el caso de las IPS.

Palabras clave: Clínica SOMA; crisis de la salud en Colombia; derecho a la salud; planeación estratégica.

* Artículo derivado del proyecto de investigación "La crisis del sistema de salud colombiano: El caso de la Clínica Soma de Medellín".

** Especialista en Alta Gerencia Estratégica, Coordinadora de cartera de la Sociedad Médica Antioqueña S.A. "Clínica SOMA", correo electrónico: carteral@soma.com.co.

***IPS strategies for surviving the crisis of colombian health system:
the case of clinical Soma Medellín***

Abstract

This article addresses the issue of the health system crisis in Colombia from a perspective so far little explored: that of health institutions. For this purpose, after a brief characterization of the system and the crisis being experienced, refer the defining theoretical aspects of some tools of strategic analysis of organizations and their application by the SOMA Clinic Medellín order to highlight the multitasking that is doomed an organization to survive in a sector that appears perfect from the theory, but in practice turns out to be unbalanced in favor of some of his players and against others, such as the IPS.

Keywords: SOMA clinic; health crisis in Colombia; right to health; Strategic Planning.

Introducción

Aunque parezca contradictorio, la crisis en un sector específico resulta un escenario perfecto para determinar cuáles organizaciones verdaderamente son fuertes y tienen la capacidad de mantenerse a un nivel competitivo. Es una especie de “selección natural empresarial”; solo las organizaciones más fuertes y preparadas sobreviven. En el caso del sector salud, resulta conveniente observar las estrategias que han debido adoptar las IPS para sobrevivir a tal crisis, la cual, como si sucede en otros sectores, no obedece a lógicas de mercado ni a factores macroeconómicos, sino que encuentra sus causas en la falta de aplicación de la normativa vigente y a la corrupción impenetrante en el medio.

Y es que según información de Arias, T. (2014), “En Risaralda las EPS le deben a las clínicas y hospitales más de 43 mil millones de pesos” (pág. 1), mientras que el diario el Espectador (2014) publicó un reporte según el cual las EPS y el Ministerio de Salud, deben a clínicas y hospitales más de \$1,8 billones de pesos.

Sin embargo, sí escandaliza el hecho que en una IPS (institución prestadora de servicios de salud) no se presta un servicio de salud, o se suministra de manera retardada, incompleta o deficiente, y se piensa automáticamente que ellos tienen la obligación de brindar esos servicios a cualquier persona de manera oportuna y adecuada, bastará con remitirse a las obligaciones incumplidas por parte de las EPS, las cuales según se dijo, se niegan –teniendo la obligación legal de hacerlo- a girar a las IPS los recursos necesarios para que presten sus servicios de manera adecuada, esto es, para que cuenten con el personal necesario y calificado, con instalaciones decentes y con los equipamientos e insumos necesarios.

Aun así, y a pesar de los múltiples llamados hechos desde diversos sectores y desde múltiples instancias, las EPS siguen llevando a cabo estas prácticas con total impunidad, de manera que esta crisis de la salud antes que irse superando, se ha ido agudizando cada vez

más y más, siendo los más perjudicados los usuarios y las IPS las primeras en ser responsabilizadas.

De esta manera, se encuentra que estas organizaciones -IPS-, sin contar con los recursos que legalmente les deben llegar dada la crisis actual del sistema, deben cumplir no solo con su función legal, sino también, en muchos de los casos, con su principal cometido institucional: prestar servicios de salud oportunos y de calidad.

En este orden de ideas, y ante la falta de acción por parte de las entidades llamadas a vigilar y controlar la participación de los particulares en el sistema de salud, resulta pertinente abordar el siguiente interrogante: ¿Cuáles son las estrategias a implementar por parte de la clínica SOMA de Medellín para afrontar la crisis del sistema de salud colombiano?

Para efectos de lo anterior se abordarán los siguientes objetivos específicos: determinar los fundamentos constitucionales y legales del actual sistema de salud colombiano; analizar la crisis que atraviesa actualmente el sistema de salud colombiano y sus repercusiones en la clínica SOMA; identificar los planes estratégicos e institucionales de la clínica; y conceptualizar las herramientas de análisis estratégico para organizaciones, aplicadas por parte de esta entidad.

La justificación de este estudio se encuentra en que al dar a conocer estas estrategias, se espera que se reconozca la importancia que las EPS entreguen a las IPS los recursos que legalmente deben transferir, y para que las entidades competentes hagan cumplir con este mandato legal en caso que las EPS se muestren renuentes a hacerlo y procedan a imponer las sanciones. De igual manera, se pretende dar a conocer las implicaciones prácticas que estas situaciones generan tanto para las IPS como para los usuarios del sistema de salud.

Así pues, se observa que analizar una crisis desde las estrategias que se adoptan para superarlas, puede generar una nueva comprensión sobre la problemática, o al menos

una nueva forma de abordarla, pues tradicionalmente la crisis de la salud se ha mostrado desde sus incidencias en los pacientes/usuarios, pero resultaría conveniente mirarla determinando lo que sucede antes que sean estos quienes la padezcan.

Referidas las anteriores precisiones se efectuará a continuación, según lo indicado en precedencia, un esbozo de los principales fundamentos normativos -legales y constitucionales- de la salud en Colombia, tanto en su dimensión de derecho fundamental como en su faceta de servicio público a cargo del Estado y su consecuente estructuración como un sistema integral.

1. El sistema de salud en Colombia: fundamentos constitucionales y legales

Tradicionalmente, el derecho a la salud ha sido enmarcado dentro de los denominados “derechos de segunda generación”, esto es, derechos con un contenido eminentemente económico y social, de manera que la salud no era vista como un derecho propio de la individualidad del ser humano, sino como algo que debía garantizarse desde un punto de vista colectivo. Inspirado en esa concepción, el constituyente de 1991 optó por ubicar el derecho a la salud y a la seguridad social en general, en el capítulo II del Título II de la carta política denominado “de los derechos sociales, económicos y culturales” y no dentro del capítulo I del mismo titulado, llamado “de los derechos fundamentales”.

Lo anterior trae consigo profundas significaciones, no solo desde el plano jurídico sino también desde el punto de vista financiero y fiscal, pues una de las características principales de los derechos económicos y culturales es que su atención es progresiva, es decir, no se le puede exigir al Estado su garantía de manera inmediata, pues como lo ha explicado la Corte Constitucional (2008):

[...] la Constitución admite que la satisfacción plena de los derechos sociales exige

una inversión considerable de recursos públicos con los cuales el Estado no cuenta de manera inmediata. Por ello, dada la escasez de recursos, la satisfacción de los derechos sociales está sometida a una cierta ‘gradualidad progresiva. (pág. 5)

En otras palabras, y bajo este entendimiento, el Estado se puede escudar en la falta de recursos para sustraerse de su obligación de garantizar el derecho a la salud de sus administrados.

Bajo esta línea, y siendo consciente de la escasez de recursos de un Estado como Colombia, la Constitución Política de 1991 decidió permitir que los particulares participaran en la administración y financiación del sistema de salud, con el loable propósito que contribuyeran a ampliar la cobertura del mismo, y poder dar cumplimiento así al principio de cobertura universal, pilar basilar del sistema implementado con la Ley 100 de 1993. En efecto, el inciso 3° del artículo 48 constitucional señala que “El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley”, mientras que el inciso 4° de la misma norma dispone que “La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley”, sin embargo, se debe aclarar que aun cuando se permite a los particulares participar en el SGSSS (sistema general de seguridad social en salud), el Estado es que quien -en teoría- está encargado de controlar el sistema. Sobre el particular, ha dicho la Corte Constitucional (2013) lo siguiente:

En resumen, el principal responsable de la garantía del derecho a la seguridad social y del servicio a que tal derecho da lugar, es el Estado. A él corresponde organizar, dirigir y regular el servicio con miras a garantizar los mandatos constitucionales, sin embargo, el artículo 48 constitucional permite que los particulares acompañen al Estado en la prestación del servicio. Así, este precepto se refiere a los particulares en dos oportunidades: en el inciso tercero para señalar que el Estado, con la participación de los particulares, debe ampliar

progresivamente la cobertura de la seguridad social, y en el inciso cuarto, cuando señala que el servicio podrá ser prestado por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. En el ámbito de la cobertura de las contingencias relacionadas con la salud, el artículo 49 superior indica que el Estado debe establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, quienes quedarán sujetas a su vigilancia y control, así como definir las competencias de dichas entidades. (P. 33)

Así pues, se tiene que en Colombia, la atención en salud es definida por la Constitución Política de 1991 como un servicio público a cargo del Estado (Artículo 49, Inciso 1°), pero el inciso 2° de la norma en cita abre la puerta para que los particulares puedan prestar servicios de salud, aclarando que ello lo harán bajo la vigilancia y control de las entidades estatales. Para dar desarrollo a los anteriores imperativos constitucionales, el congreso de la república expidió la Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”, cuyo Libro II se dedica a “El sistema general de seguridad social en salud”, Sistema que al tenor del artículo 155 de la Ley 100 se integra así:

- 1. Organismos de dirección, vigilancia y control:**
 - a) Los Ministerios de Salud y Trabajo.
 - b) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
 - c) La Superintendencia Nacional en Salud.
- 2. Los organismos de administración y financiación:**
 - a) Las Entidades Promotoras de Salud.
 - b) Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de salud.
 - c) El Fondo de Solidaridad y Garantía.
- 3. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas.**
- 4. Las demás entidades de salud que, al entrar en vigencia la presente Ley, estén**

adscritas a los Ministerios de Salud y Trabajo.

- 5. Los empleadores, los trabajadores y sus organizaciones y los trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.**
- 6. Los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en todas sus modalidades.**

2. Los Comités de Participación Comunitaria “COPACOS” creados por la Ley 10 de 1990 y las organizaciones comunales que participen en los subsidios de salud.

Lo dicho hasta ahora evidencia que los particulares, básicamente, pueden hacer parte del sistema de salud desde dos posiciones: una, como Entidades Promotoras de Salud (EPS); o dos, como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Sobre las EPS debe decirse que, de conformidad con el artículo 177 de la Ley 100 de 1993, son:

[...] las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley. (pág. 31)

En cuanto a las fuentes de financiación de las EPS, se debe señalar que de acuerdo con el artículo 182 de la Ley 100 de 1993 estas entidades se financiarán con las cotizaciones que recauden, las cuales provienen de afiliados cotizantes y/o empleadores y, además de ello, reciben del sistema un valor per cápita denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC) que le es reconocido para que garantice la prestación

de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud a cada uno de sus afiliados, servicios que son prestados por las Instituciones Prestadoras de Salud. Una vez se determinen las UPC que corresponde a la EPS, esta las apropia de las cotizaciones que ha recibido de sus afiliados y debe girar el excedente –si lo hay- al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

Por su parte, las IPS simplemente tienen por función prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados por la ley (Ley 100 de 1993, Artículo 185).

Así las cosas, se observa que bajo el modelo actualmente imperante las EPS no solo se dedican a gestionar la afiliación y la atención de los usuarios para que reciban los servicios incluidos en el POS, sino que además se encargan de administrar recursos que perciben tanto de los particulares como del Estado, teniendo la obligación de girar las partidas correspondientes a las clínicas, hospitales y demás IPS, y al FOSYGA.

Hechas las anteriores precisiones de orden teórico conceptual, se pasará a señalar cómo se han comportado estas instituciones en la realidad social y cómo su falta de aplicación en unos casos, y de alcance en otros, ha dado lugar a la crisis que actualmente atraviesa el sistema de salud en Colombia.

3. La crisis del sistema de salud en Colombia

Abordar este tema dentro del artículo permitirá tener un panorama claro de qué es lo que deben enfrentar las Instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia, a través de las diversas herramientas de planeación estratégica, lo cual se verá en un acápite posterior.

Ahora, no resulta ser un secreto que el sistema de salud colombiano implementado mediante la Ley 100 de 1993 atraviesa por una crisis sumamente grave. Otros más avezados dirán, sin ningún miramiento, que ha fracasado. Y esta crisis (o fracaso) se puede analizar

desde múltiples aristas. Desde lo jurídico, lo financiero o desde lo administrativo. En cualquier caso, lo que se refleja es un desequilibrio gigante entre los actores del sistema: Estado, Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y por supuesto, usuarios.

Como se indicó en el acápite anterior, el sector salud en Colombia se enmarca dentro del denominado Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyo fundamento legal es la Ley 100 de 1993, y sus principales actores son el Estado a través del FOSYGA, las EPS, las IPS y por supuesto, los usuarios. Aunque de acuerdo con los principios legales y constitucionales que regulan el sistema su razón de ser y finalidad es el usuario, un análisis detenido –y la misma realidad- mostrará que ello no es así, pues en realidad el SGSSS está diseñado para beneficiar a las entidades que lo conforman, siempre en detrimento de los derechos de los usuarios. Así mismo, la gran cantidad de normativa en materia de salud ha devenido en la imposición a los usuarios de una serie de cargas económicas y administrativas que no se deben soportar para disfrutar de un derecho como lo es la salud.

Así pues, se ve que ni el legislativo ni el ejecutivo parecen interesados en la calidad de la atención en salud que se presta a los usuarios, ya que, de un lado, constantemente se crean normas que en nada los benefician como a las entidades. Por otra parte, la poca normativa tendiente a proteger a los pacientes se muestra ineficaz e inaplicada por las autoridades. Estas actuaciones, a todas luces, no se corresponden con la manera de ser de un Estado Social de Derecho, como supuestamente lo es Colombia por disposición expresa del artículo 1º de la Constitución Política de 1991.

Esta situación ha llevado a que el sistema atraviese por una crisis sin precedentes, crisis que es estructural y no coyuntural, de manera que toda acción tendiente a minimizar los impactos de dicho trance será inútil, pues la solución que se requiere debe ser tan estructural como la crisis misma.

Lo anterior debido a que, como también se explicó ya, los recursos para que el sistema funcione adecuadamente están dispuestos, pero muchas veces esos recursos no se destinan a donde se debe, pues es del día a día escuchar que las EPS incurren constantemente en irregularidades a la hora de efectuar cobros y recobros al FOSYGA, así como lo relativo a las deudas de las EPS con clínicas y hospitales. A modo de ilustración, resulta pertinente hacer referencia a dos noticias publicadas recientemente. En la primera de ellas, publicada el 15 de septiembre de 2014 por el portal digital *latarde.com* se señala que “En Risaralda las EPS le deben a las clínicas y hospitales más de 43 mil millones de pesos”, mientras que el 12 de noviembre del presente año el informativo *el Espectador* publicó un reporte según el cual “\$1,8 billones deben EPS y Ministerio de Salud a clínicas y hospitales de Medellín”. Ante este panorama la primera pregunta que surge es ¿Dónde están los recursos que recaudan y administran las EPS?

Un intento por responder este interrogante se encuentra en el informe publicado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2014) el 10 de julio de 2014 en el cual, con corte al 31 de diciembre de 2013, se analizó la situación de las deudas de las EPS y el Estado con las IPS, y en el cual se encontró lo siguiente:

A \$5 billones de pesos llegaron las deudas de las EPS del régimen contributivo y subsidiado, los Entes Territoriales, el FOSYGA y otras entidades del Estado con los hospitales y clínicas, por la prestación de servicios de salud, así lo revela el estudio más reciente de cartera hospitalaria realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas con corte a diciembre 31 de 2013, con una muestra de 133 instituciones.

De la deuda total a las instituciones hospitalarias las EPS del régimen contributivo deben el 35.3%; las EPS de régimen subsidiado el 30.3%; el Estado, incluidos los entes territoriales y el FOSYGA el 9.9%; el 24.4% restante lo adeudan las empresas de medicina prepagada, de planes complementarios, aseguradoras, administradoras de riesgos profesionales, particulares y empresas, entre otros (pág. 2)

Como una medida para paliar esta situación, el Gobierno Nacional presentó el Proyecto de Ley N° 210 de 2013 “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, el cual muestra como uno de sus principales propósitos, según la exposición de motivos presentada por el Ministro de Salud y Protección Social Alejandro Gaviria,

La creación de Salud Mía como una entidad financiera de naturaleza especial encargada de afiliar, recaudar, administrar y girar los recursos destinados al pago de los servicios de salud, responde principalmente a la necesidad de solucionar cuatro grupos de problemas. El primer grupo tiene que ver con la dispersión de fuentes de financiación del sistema; el segundo, con las dificultades operativas de la administración del FOSYGA; el tercero, con los costos asociados a la administración del FOSYGA y los procesos delegados en las EPS; y el cuarto, con las dificultades en la afiliación, en el recaudo y en los pagos a prestadores. Estos problemas han afectado el acceso de los usuarios a los servicios de salud y en general el desempeño del sistema de salud.

En efecto, el artículo 12 del referido proyecto de Ley señala como objeto de la unidad de gestión salud Mía:

[...] administrar, los procesos de afiliación de la población, recaudo de las cotizaciones, administración de los recursos a su cargo, pagos, giros o transferencias de recursos y administración de la información sobre afiliación, recursos y aquella pertinente para el manejo del Sistema.

Como se ve, bajo el modelo que se pretende introducir, los recursos del Sistema General de Salud colombiano pasarían a ser manejados por una entidad organizada como empresa industrial y comercial del Estado (PL 210/2013, Art. 11), con lo cual se despojaría de esa facultad a las EPS, las cuales pasarían a ser “Gestores de Servicios de Salud”, dejarían de administrar recursos y pasarían única y exclusivamente a administrar y gestionar temas relacionados con la prestación de servicios de salud a sus afiliados. Esta determinación la

toma el gobierno ante una situación en la cual se ha hecho de público conocimiento que en el momento en que los recursos llegan a las EPS, se pierde la claridad sobre su destinación final. Así lo explica el Ministro de Salud en la exposición de motivos ya referida:

La evolución del sistema ha permitido mejorar la transparencia en el manejo de los recursos desde la fuente hasta el asegurador. Las cuentas maestras, las bases de datos de afiliados, la planilla integrada de liquidación de aportes permiten tener una mayor claridad de los recursos. Pero una vez llegan a manos de las EPS su trazabilidad ya no es tan clara. Medidas que permitan hacer visibles la forma en que se manejan los recursos son un reto que debe ser resuelto con prontitud.

Es ante este panorama y dentro de este marco, que se debe analizar lo relativo a la financiación del sistema de salud colombiano en general, y particularmente el asunto de la financiación de las EPS bajo el actual modelo, de cara a determinar cuáles serían las implicaciones para estas entidades en caso de que se llegase a aprobar el Proyecto de ley 210 de 2013.

Como se ve el sector salud, tal como está diseñado y funciona hoy en día, no ofrece las mejores garantías para las IPS, pues a la postre son estas las únicas que terminan perdiendo financiera y administrativamente, hechos que le impedirán prestar un servicio de salud en las condiciones adecuadas.

Frente a este tema, ha sido constante durante los últimos tiempos la aparición de investigaciones y artículos que intentan aproximarse al tema de la crisis del sistema de salud colombiano, así como los diferentes mecanismos y reformas que se han intentado para, al menos, mitigar esta crisis y sus efectos, los cuales se irradian hacia todos los actores del sistema. Al revisar algunas de estas investigaciones, se encuentran algunos puntos comunes en ellas, siendo uno de los más reiterativos y el que más interesa al presente trabajo el de la financiación del sistema de salud.

Entre estos, cabe destacar el trabajo de Agudelo, C., Cardona, J., Ortega J. & Robledo R. (s.f.), en el cual se analizan concomitantemente los logros y los problemas del sistema de salud colombiano 20 años de su creación, la cual tuvo lugar con la expedición de la Ley 100 de 1993. En este estudio se hace un amplio análisis del tema de la financiación de la prestación de servicios de salud en Colombia y su relación con otras variables fundamentales como la cobertura y la calidad.

Igualmente importante es el artículo de Caballero, C. (2012), en la medida que aborda el tema de la crisis del sector desde la perspectiva de la existencia de un mercado de la salud, a partir de lo cual analiza lo que denomina esas fuerzas nocivas que atentan contra un mercado perfecto y consecuentemente cómo dichas fuerzas, resultan afectando el sistema de salud del país.

Asimismo, se debe destacar la obra de Bernal, O. & Gutiérrez, C. (2012) en la que compilan una serie de estudios sobre la crisis del sistema de salud en Colombia desde una perspectiva multidisciplinar que incluye visiones desde la medicina, el derecho, la economía, la politología e incluso la ingeniería, lo cual permite una comprensión más amplia del problema.

Por su parte, el Banco Interamericano de Desarrollo (2010) realizó un extenso y exhaustivo análisis sobre algunos de los principales temas relacionados con el financiamiento del sector de la salud en Colombia a partir de las reformas introducidas a la Ley 100 de 1993 y su relación con la crisis del sistema.

De igual manera, resulta útil para el tema que se pretende tratar el trabajo de Martínez, F. (2013), en la medida que plantea la tesis según la cual la actual crisis que atraviesa el sistema de salud colombiano encuentra sus orígenes en un viejo arreglo institucional entre el Estado y el mercado, arreglo que se pervirtió cuando el mercado empezó a usurpar funciones que tradicionalmente han correspondido al Estado, con las consecuencias que se ven hoy en día.

Una vez referidas algunas de las principales causas de la actual crisis del sistema de salud colombiano, así como sus efectos en este, se procede a analizar cómo estas pueden hacer frente a las dificultades actuales, a través de una planeación estratégica y un diseño organizacional basado en algunas de las herramientas de análisis estratégico, tomando como referencia la experiencia de la clínica SOMA de Medellín.

4. Plan estratégico y diseño organizacional de la clínica soma: una mirada a partir de algunas de las herramientas de análisis estratégico para organizaciones.

Como punto de partida de este acápite se presenta una breve caracterización de tres (3) importantes herramientas de análisis estratégico que utilizan las organizaciones para diseñar y ejecutar sus planes estratégicos, y posteriormente se muestra cómo estas han sido aplicadas por la clínica SOMA en sus propios procesos institucionales.

4.1. Matriz DOFA

La matriz DOFA es una herramienta que sirve para analizar los distintos factores internos (D=debilidades, F=fortalezas) y los factores externos (O=oportunidades, A=amenazas) que miden características importantes para poder tomar las correcciones necesarias y de acuerdo a ello poder formular las estrategias que se implementaran para lograr los objetivos propuestos por la organización en el corto y mediano plazo. Quiere decir lo anterior que esta matriz, de un lado, permite que las instituciones se valgan de situaciones y factores que están bajo su control o que dependen de ellas mismas, pero por el otro les permite identificar elementos respecto de los cuales no pueden incidir directamente.

4.2. Modelo de las cinco (5) fuerzas de Michael Porter

El modelo de las 5 fuerzas de Porter, M. (2008) se basa en cinco pilares fundamentales que se deben tener en cuenta para analizar el

nivel de competencia al que se enfrenta una organización y que son:

- a) *Competidores o amenaza de nuevos competidores que podrían ingresar:* se mide la posibilidad de ingreso de nuevas organizaciones pero hay que tener en cuenta la inversión en activos, costos por estudio de mercado, exigencias de cumplimiento de leyes o normatividad.
- b) *Competencia o rivalidad entre competidores que ya existente en el sector:* ayuda a que una empresa tome medidas necesarias para asegurar su posicionamiento en el mercado a costa de los rivales existentes.
- c) *Amenaza de posibles productos sustitutos:* Los productos sustitutos son los que van a satisfacer las mismas necesidades a los clientes o consumidores finales y pueden alterar la preferencia de estos.
- d) *Poder de negociación de los proveedores:* son los que suministran la materia prima para la producción de nuestros productos, entre más proveedores haya en el mercado menor va ser su capacidad de negociación pues se puede encontrar con facilidad quien lo pueda reemplazar lo cual es favorable para la organización.
- e) *Poder de negociación de los compradores o clientes:* Los clientes hoy en día exigen más calidad, el consumidor reconoce la marca de su preferencia porque se diferencia de otras (pág. 58-60).

Lo anterior resulta de gran relevancia, pues no es un secreto que actualmente -en un mundo impulsado por el capitalismo, la globalización y la apertura económica- la competencia entre diversos proveedores de productos y servicios en todos los medios, se va haciendo cada vez más fuerte y exigente, motivo por el cual una manera de sobrevivir en un sector es conocer a los competidores y saber competir contra ellos, y más si, como en el caso de la salud, el sector se encuentra en crisis. Adicional a lo mencionado, se debe conocer quiénes son los proveedores de las materias necesarias para la prestación de servicios y su nivel de influencia en el mercado.

4.3. Modelo de las 7 “eses” de Mckinsey

El modelo de las siete eses de Mckinsey, creado por Tom Peters y Robert Waterman en el libro “*In search of excellence*” (*En busca de la excelencia*) publicado por primera vez en 1982, se plantean varios factores necesarios para organizar una compañía o empresa de una manera holística y eficiente, y no verla como componentes aislados que cumplen una función o tarea puntual y específica. Estos factores son los siguientes:

- a) *Shared value (Valores compartidos)*: Este factor es el centro de interconexión del modelo Mckinsey, representa a los valores centrales de la organización que se encuentran plasmados en la misión de la misma, y por lo tanto están llamados a ser tenidos en cuenta por todos los miembros de la organización en todos los procesos que esta desarrolle.
- b) *Strategy (Estrategia)*: Hace referencia a planes para la asignación de los recursos escasos de la empresa en plazo determinado, para alcanzar metas claramente definidas previamente. De igual manera, la noción de estrategia hace referencia a definir la manera de organizar, enfocar y distribuir los recursos para conseguir los objetivos de la organización.
- c) *Structure (Estructura)*: Es la manera como cada una de las unidades de la organización se relacionan entre sí en todas las direcciones. Esto hace referencia al concepto de transversalidad, en virtud del cual no puede haber una sola unidad de la empresa que no se relacione con las demás.
- d) *Systems (Sistemas)*: Son los procedimientos, los procesos y las rutinas que configuran como debe hacerse el trabajo. Este factor cobra una especial relevancia en el entorno actual, en el cual existe una amplia variedad de tecnología que correctamente aplicada, puede optimizar de una manera considerable los procesos de la organización.
- e) *Staff (Personal)*: Es el número y tipo de personal dentro de la organización, lo que hace que una empresa pase de ser una persona ficticia a un aparato productivo, del que el personal se puede considerar como las células. Así, resulta adecuado decir que el personal es la columna vertebral de cualquier organización.
- f) *Skills (Habilidades)*: Son las capacidades distintivas tanto del personal como de la organización en su totalidad, en otras palabras, es el denominado “know how”, es decir, saber cómo hacer las funciones asignadas para alcanzar las metas planteadas, sin embargo, las habilidades de la organización no pueden ser vistas como la suma de cada unidad, sino que las habilidades del todo deben ir más allá.
- g) *Style (Estilo)*: Es el modelo de comportamiento y estilo de liderazgo establecido por la cúpula de la organización y que se ve reflejado en las demás unidades, de manera que un estilo de liderazgo que carezca de innovación y carisma, dará lugar a miembros con estas falencias que reproducirán ese estilo y así probablemente la organización fracasará.

De acuerdo con lo dicho en precedencia se puede concluir que el modelo de las 7 “eses” representa una combinación de factores que busca que cada uno de ellos esté presente de manera transversal en cada uno de los procesos organizacionales de las instituciones, haciendo hincapié en que esos factores aluden a los diversos componentes, desde el personal de base y sus destrezas hasta el comportamiento y las capacidades de sus directivos, pasando por la estructura y los recursos de la organización.

Descritas las anteriores herramientas estratégicas, se presenta a continuación la aplicación de cada una de ellas en el plan estratégico de la clínica SOMA, de acuerdo a los diversos documentos e informes elaborados por la directora de calidad de la institución, Gallego, O. (2013).

4.1.1 Análisis DOFA clínica SOMA – Medellín

Debilidades:

a) Infraestructura

- Obsolescencia de la infraestructura física.
- Edificio no cumple las normas de sismo resistencia.
- Ineficiente distribución de áreas, especialmente en consultorios médicos.
- Falta espacio para servicios asistenciales y de apoyo.
- Incumplimiento de las normas de habilitación en algunos servicios.
- Deterioro de la apariencia estética de la clínica.

b) Informática

- Deficiente soporte del proveedor de software.
- Falta implementación de algunos módulos administrativos y asistenciales, lo que genera reprocesos y dificultades en las diferentes áreas.
- Falta de automatización en algunos procesos.

c) Tecnología

- Lentitud en la renovación de la tecnología médica.
- Falta de algunos equipos médico-quirúrgicos.

d) Gestión médica

- Faltan especialidades y especialistas.
- Desconocimiento del reglamento para el ejercicio de la medicina y poca adherencia a éste.
- Falta de adherencia a las guías de manejo médico de algunas especialidades.
- Falta de oferta en algunos servicios de alta complejidad.

e) Gestión económica:

- Lenta rotación del capital de trabajo.
- Glosas que afectan el capital de trabajo.

- Falta de automatización en algunas actividades del proceso de admisiones y facturación.
- Falta de mecanismos que permitan un manejo de conciliación de cartera con algunas las EPS.
- Falta de información oportuna y confiable para la toma de decisiones.
- Concentración de venta de servicios en 2 EPS.

f) Talento Humano:

- Incumplimiento del estándar de talento humano en algunos servicios.
- Falta capacitación en el manejo de las herramientas del sistema de información, al personal administrativo, asistencial y terceros.
- Incipiente programa de capacitación en formación continua al personal asistencial (médicos y enfermeras).

Oportunidades:

- Cobertura universal y alta demanda por servicios de salud.
- Unificación de los planes de beneficios.
- Las IPS unidas pueden aprovechar economías de escala en negociaciones con proveedores.
- La disminución en las tasas de interés bancario, permite bajar costos del endeudamiento.

Fortalezas:

- Localización estratégica para pacientes del POS.
- Reconocimiento de marca – permanencia en el sector por más de 65 años.
- Experiencia en atención POS, SOAT y ARL.
- Concentración de venta de servicios en 2 EPS financieramente sólidas.
- Cuerpo médico idóneo.
- Buenos indicadores asistenciales.
- Estabilidad económica.
- Conocimiento y compromiso de líderes de procesos administrativos y asistenciales.

- Buenas relaciones comerciales con las aseguradoras.
- Amplio portafolio de servicios.
- Estabilidad laboral.
- Alto nivel de satisfacción de usuarios.
- Responsabilidad social empresarial - Fundación Soma.

Amenazas:

- Control de los precios de materiales y medicamentos por el Estado y por las EPS.
- Bajos márgenes de rentabilidad del sector.
- Exigencias onerosas en la normatividad de habilitación.
- Exigencia del cumplimiento de la norma NSR 10.
- Alta demanda de pacientes espontáneos de baja complejidad en el servicio de urgencias que desplaza la atención de pacientes de alta y mediana complejidad (remisiones).
- Continúa la integración vertical en algunas EPS.
- Aumenta el poder de negociación de las EPS mediante:
 - Posición dominante.
 - Bajas tarifas.
 - Mayores plazos para el pago.
 - Descuentos por pronto pago.
 - Aumento de glosas y devoluciones.
 - Modalidad de atención por paquetes.
 - Suministro directo de materiales médico quirúrgicos.
- Concentración de un alto porcentaje de la población en 2 EPS.
- Competencia desleal entre las IPS.
- Problemas de liquidez en el sector de la salud.
- Incertidumbre sobre la aprobación de la reforma de la Ley ordinaria en salud:
 - Salud Mia – Fondo único pagador centralizado.

- Conversión de algunas EPS a Gestoras.

- Conversión de Comfama a EPS Mixta – Savia Salud (AMA).
- Deterioro financiero de algunas EPS (Coo-meva, Grupo Saludcoop, Comfenalco, Caprecom).
- Aumento en las demandas por responsabilidad médica.
- Posibilidad de asumir los recobros directamente si se aprueba la Ley Ordinaria en salud.
- Deterioro de la seguridad en el entorno del centro de la ciudad.
- Desconfianza del sector financiero en el sector de la salud.

De lo anterior se puede señalar que, dada la complejidad de la crisis que padece el sector salud y teniendo en cuenta el número de competidores y el nivel de calidad de algunos de ellos, actualmente la clínica SOMA de Medellín cuenta con más debilidades y amenazas que fortalezas y oportunidades, situación que es vital conocer. De ahí la importancia de esta herramienta para a partir de ella, adecuar los planes estratégicos de la institución con el firme propósito de revertir esta situación.

4.2.1 Análisis de la empresa según las fuerzas de Porter

Según el análisis se determinaron varios aspectos visibles en la tabla I.

El análisis de las fuerzas de Porter permite evidenciar dos grandes dificultades que agravan aún más la crisis del sector salud y especialmente su repercusión en las IPS. En primer lugar se observa que los proveedores (de medicamentos, de tecnología y los mismos especialistas) ostentan una posición dominante en el sector de la salud, a partir de la cual ejercen presión sobre los demás actores del sistema para lucrarse cada vez más. Segundo, la competencia es muy exigente y se da en dos planos, con rivales que prestan servicios similares y con otros que prestan servicios “sustitutos”

o “alternativos”. La del primer plano se acrecienta aún más cuando algunos de esos prestadores de salud adoptan formas jurídicas que los ponen en un plano de desigualdad con los demás. En cualquier caso, es claro que para

superar estos inconvenientes el Estado, como titular de la prestación del servicio de salud a todos los colombianos, debe entrar a regular el actuar de aquellos en quienes ha “delegado” la prestación de dicho servicio.

Tabla I: Análisis según fuerzas de Porter

<p>Poder de negociación de los proveedores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión de las casas farmacéuticas y proveedores de insumos frente a los especialistas para el uso de medicamentos y dispositivos de una marca específica. • Escasa oferta de especialistas. • Agremiaciones de profesionales de la salud con poder de negociación. • Presión de los especialistas para la adquisición de nuevas tecnologías. 	<p>Barreras de entrada o ingreso de nuevos competidores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El sector no es atractivo por su baja rentabilidad. • Economías de escala. • Altos requisitos de inversión en infraestructura y tecnología. • Altas exigencias normativas.
<p>Rivalidad entre competidores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saturación de oferta en algunos servicios médicos (cardiología, ortopedia, cirugía general, ginecología y oncología) • Competencia con base en tarifas entre IPS. • Crecimiento sectorial acelerado. • Difícil competencia con otras IPS con figuras jurídicas diferentes (fundaciones) 	<p>Poder de los compradores o clientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alto poder económico y de negociación (tarifas, medicamentos, insumos). • Integración vertical bajo diferentes modalidades. • Concentración de las ventas (50%) en dos EPS. • Alto nivel de información. • La auditoría de cuentas médicas se convirtió en herramientas para reducir costos y dilatar pagos. • Las aseguradoras no tiene barreras para cambio de proveedor.
<p>Amenaza de productos o servicios sustitutos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicina alternativa. • Medicina domiciliaria. • Valoración por internet o medios virtuales. 	

Fuente: Elaboración propia.

4.3.1 Análisis interno de la empresa según las 7 “eses” de Mckinsey

A continuación se presenta el análisis de las 7 “eses” realizado a la clínica:

Estructura: la estructura de la clínica SOMA es piramidal y tiende a ser aplanada, donde lo principal se encabeza a satisfacer al cliente. Es una organización de nominación S.A. (sociedad anónima) conformada por varios médicos socios que rigen una junta y determinan parámetros a seguir y lineamientos que debe seguir su presidente.

Sistemas: la clínica se encuentra certificada con norma ISO, lo cual indica que todos los procesos de encuentran identificados y discriminados. La información se trasmite directamente a través de los distintos canales con los que cuenta la clínica.

Estilo: el presidente de la clínica es quien ejerce su representación legal.

Personal: la mayoría de las personas que trabajan en la clínica tiene una tecnología o profesión determinada para ejercer su puesto adecuadamente. Cuando se determina una

estrategia a seguir se involucran y se socializa lo que se pretende hacer para lograr el apoyo de cada uno y obtener más fácilmente los objetivos propuestos.

Habilidades: son las capacidades y conocimientos que cada empleado tiene de su puesto y de lo que debe de hacer mejor para lograr optimizar sus resultados.

Valores compartidos: los valores compartidos que presenta la clínica SOMA se pueden evidenciar en su Misión **y se destacan algunos valores más relevantes de la organización que son** compromiso responsabilidad, equidad, ética, respeto.

El anterior análisis de la clínica SOMA evidencia que la institución ha interiorizado en su proceso de estructuración, con lo cual busca fortalecerse en todos los frentes y niveles je-

rárquicos, como un mecanismo para mejorar sus aspectos débiles y afrontar las amenazas que sobre ella se ciernen, y a la vez alcanzar y explotar las oportunidades, que aunque son pocas se presentan, así como potencializar y multiplicar sus fortalezas, lo cual se requiere para hacer una organización fuerte capaz de evolucionar y adaptarse al nuevo panorama crítico que enseña el sector de la salud en Colombia.

4.3.2 Análisis de la estrategia empresarial

Para enfrentar las amenazas y las debilidades de la clínica SOMA, y al mismo tiempo potenciar las oportunidades y las fortalezas con que cuenta, en un contexto tan complejo como el previamente referido, se planea implementar y desarrollar las siguientes estrategias:

Cuadro N° 1: Debilidades y sus estrategias.

DEBILIDADES	ESTRATEGIA
Edificio no cumple las normas de sismo resistencia. Obsolescencia de la infraestructura de la clínica.	Realizar el estudio de vulnerabilidad y repotenciación de los edificios que conforman la clínica y posteriormente definir la intervención arquitectónica de algunas áreas de la clínica.
Ineficiente distribución de áreas, especialmente en consultorios médicos. Falta espacio para servicios asistenciales y de apoyo.	Elaborar un plan maestro que defina y optimice la utilización de áreas y espacios. Proponer una modificación de los estatutos que permita redefinir la asignación de áreas.
Incumplimiento del estándar de infraestructura en algunos servicios. Deficiente soporte del proveedor de software.	Terminar el plan de reformas de infraestructura. En asocio con otras IPS, buscar acercamiento con la Dirección de Carvajal para exigirles mejor servicio de la empresa Servinte.
Falta implementación de algunos módulos administrativos y asistenciales, lo que genera reprocesos y dificultades en las diferentes áreas. Lentitud en la renovación de la tecnología médica.	Analizar las necesidades de equipos médicos y la productividad de éstos para decidir o no su adquisición.
Falta de oferta en algunos servicios de alta complejidad. Desconocimiento del reglamento para el ejercicio de la medicina y poca adherencia a éste. Falta de adherencia a las guías de manejo médico de algunas especialidades. Demandas por responsabilidad civil médica.	Definir y estructurar la apertura de servicios innovadores y de alta complejidad y fortalecer algunos ya existentes (Neurocirugía funcional, trastornos del sueño, cirugía endoscópica, cirugía de tórax). Generar cultura en los médicos mediante capacitación y sensibilización que permitan mejorar la motivación y el compromiso para el cumplimiento del reglamento y las normas de habilitación.
Incumplimiento en el estándar de talento humano en algunos servicios.	Adecuar la planta de personal a los requerimientos de la nueva norma de habilitación.

Cuadro N° 1: Debilidades y sus estrategias (continuación).

DEBILIDADES	ESTRATEGIA
Falta capacitación en el manejo de las herramientas del sistema de información al personal administrativo, asistencial y terceros	Implementar programas de capacitación en los sistemas de información
Incipiente programa de formación continua al personal asistencial (médicos y enfermeras)	Continuar afianzando el Sistema de Garantía de la Calidad. Mantener y fortalecer el programa de formación continua y de seguridad del paciente.
Lenta rotación del capital de trabajo	Definir los clientes que son buenos pagadores Mantener una política de cobro permanente
Glosas que afectan el capital de trabajo.	Fortalecer el macroproceso de gestión económica (facturación, auditoría, cartera). Acordar con los aseguradores la interpretación de los manuales con el fin de eliminar las zonas grises. Definir política de precios de medicamentos.
Falta de automatización en algunas actividades del proceso de admisiones y facturación	Implementar un nuevo software que permita automatizar algunas actividades del proceso
Falta de mecanismos que permitan un manejo de conciliación de cartera con las EPS	Definir con las EPS la frecuencia de las conciliaciones
Falta de información oportuna y confiable para la toma de decisiones.	Crear un cargo que administre y gestione y responda por toda la información asistencial interna y externamente.
Concentración de venta de servicios en 2 EPS.	Mantener buenas relaciones con todas las EPS y lograr una buena mezcla de clientes buenos pagadores.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de Gallego, O. (2013).

Cuadro N° 2: Amenazas y sus estrategias.

AMENAZA	ESTRATEGIA
Control de los precios de materiales y medicamentos por el Estado y por las EPS	Buscar mejores precios de medicamentos y dispositivos biomédicos mediante compras de contado y/o alianzas con otras IPS
Bajos márgenes de rentabilidad del sector	Mejorar las tarifas en términos reales. Contener los costos de honorarios médicos, insumos y salarios. Mantener altos índices de ocupación. Implementar servicios de alta complejidad.
Exigencia del cumplimiento de la norma NSR10	Realizar el diagnóstico para valorar la inversión y proceder si es del caso a la repotenciación.
Alta demanda de pacientes espontáneos de baja complejidad en el servicio de urgencias que desplaza la atención de pacientes de alta y mediana complejidad (remisiones)	Ofertar a las aseguradoras la atención y facturación de los pacientes de triage III y IV, mediante la apertura de un consultorio de atención prioritaria
Conversión de Comfama a EPS Mixta – Savia Salud	Afianzar las relaciones con las directivas de esta EPS para garantizar una alianza de beneficio mutuo
Deterioro financiero de algunas EPS (Coomeva, Grupo Saludcoop, Comfenalco, Caprecom)	Contener al máximo la atención de usuarios de estas entidades para disminuir el riesgo. Acogernos a la nueva resolución 3239 de agosto de 2013, para venta de cartera.
Demandas por responsabilidad médica.	Fortalecer el SOGC mediante capacitación continua con el fin de mantener un equipo de salud idóneo.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de Gallego, O. (2013).

Cuadro N° 3: Oportunidades y sus estrategias.

OPORTUNIDAD	ESTRATEGIA
Concentración de un alto porcentaje de la población en dos EPS (Sura – Savia Salud)	Generar una relación de confianza con estas dos EPS. Mantener las buenas relaciones con todas las EPS.
Cobertura universal y alta demanda por servicios de salud.	Aumentar la capacidad instalada en el edificio actual o en una nueva sede.
Unificación de los planes de beneficios.	Hacer más eficiente la capacidad actual (urgencias, hospitalización, cirugía y servicios de apoyo de imagenología y laboratorio)
Las IPS unidas pueden aprovechar economías de escala en negociaciones con proveedores	Buscar alianzas con otras IPS para compras conjuntas.
La disminución en las tasas de interés bancario, permite bajar los costos del endeudamiento	Reprogramar el pago de las deudas de corto plazo.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de Gallego, O. (2013).

Los cuadros N° 1, 2 y 3 son una clara muestra de cómo una institución, a través de diversas herramientas de planeación estratégica, puede conocer sus falencias e inmediatamente diseñar estrategias encaminadas a superarlas, así como establecer sus fortalezas y crear mecanismos para potenciarlas, de manera tal que se logre alcanzar una posición privilegiada en un determinado sector, como es el caso de la salud en Colombia.

Conclusiones

Como se pudo apreciar, la crisis estructural que atraviesa el sistema de salud colombiano plantea un desafío no previsto tiempo atrás para las instituciones prestadoras de salud, pues mientras que por un lado pregonaba la universalidad, la integralidad y la atención integral, entre otros valores, por el otro parece estar diseñado -quizá no por azar- para favorecer a unos actores en detrimento de otros, obligando por ejemplo a las IPS a desarrollar e implementar una serie de estrategias que les permitan mantenerse en el mercado y continuar prestando servicios de salud con un nivel óptimo de calidad.

Se debe señalar, de igual manera, que en la realización de este estudio la principal dificultad que se presentó fue la falta de investigaciones sobre el tema, sin embargo, dicha dificultad pudo ser superada tomando

trabajos relacionados con temas afines y direccionando este hacia un tipo exploratorio, con lo que se espera abrir el debate sobre las implicaciones de la crisis del sistema de salud colombiano en las IPS, pues se considera que de continuar dicha crisis este objeto de estudio deberá ser profundizado y será de gran valía a la hora de afrontar esta problemática. Por ahora resulta imperioso que al lado de este se desarrollen otras investigaciones sobre temas íntimamente relacionados con él, como lo sería estudiar el impacto de la crisis de la salud en las finanzas de las instituciones que prestan servicios de salud en Colombia.

Finalmente debe decirse que se alcanzó el objetivo general planteado al inicio de la investigación, pues luego de identificar la manera en que la crisis de la salud golpea a las IPS se logró evidenciar como a través de la aplicación de herramientas de planeación estratégica una organización -en este caso la clínica SOMA de Medellín- puede identificar sus principales falencias y virtudes, y a partir de ello diseñar y ejecutar una serie de estrategias que le permitan soportar y eventualmente superar los embates de la crisis del sector. En tal sentido se confirma la hipótesis planteada respecto de la importancia de la utilización de este tipo de herramientas para impulsar una institución en tiempos de dificultades estructurales de un sector determinado.

Referencias bibliográficas

- Agudelo, C., Cardona, J., Ortega, J. & Robledo, R. (s.f.). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20.pdf>.
- Arias, T. (2014). Más de \$43 mil millones deben EPS a hospitales. *latarde.com*. Recuperado de <http://www.latarde.com/noticias/risaralda/139402-mas-de-43-mil-millones-deben-eps-a-hospitales>.
- Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales (2014). 31° Informe de seguimiento de cartera hospitalaria, con corte a diciembre 31 de 2013. Recuperado de <http://achc.org.co/hospitalaria/revista.php?idart=1748>.
- Banco Interamericano de Desarrollo (2010). Salud al alcance de todos. Una década de expansión del seguro médico en Colombia. Estados Unidos: The Bookings Institution.
- Bernal, O. & Gutiérrez C. (2012). La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Caballero, C. (2012). La crisis del sector salud, *Salud Uninorte*, 28 (2), pp. 7-12.
- Corte Constitucional de Colombia (2008). Sentencia C 507 de 2008 (M.P. Jaime Córdoba Triviño).
- El Espectador (2014). \$1,8 billones deben EPS y Ministerio de Salud a clínicas y hospitales de Medellín. *El Espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/nacional/18-billones-deben-eps-y-ministerio-de-salud-clinicas-y-articulo-527274>.
- Gallego, O. (2013). Planeación Estratégica en la clínica SOMA. [Diapositivas de Power Point].
- Martínez, F. (2013). La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? Bogotá: FEDESALUD.
- Porter, M. (2008). Las cinco fuerzas competitivas que le dan forma a la estrategia. En: *Harvard Business Review América Latina*, Vol. 86, N°. 1, 2008, págs. 58-77.