

PROINSALUD: LA ZOZOBRA ANTE NUEVOS HORIZONTES

JORGE MAURICIO MELO YEPES, MD.

RICARDO ENRIQUE VEGA MERA, MD.

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
SANTIAGO DE CALI
2018**

PROINSALUD: LA ZOZOBRA ANTE NUEVOS HORIZONTES

JORGE MAURICIO MELO YEPES, MD.

RICARDO ENRIQUE VEGA MERA, MD.

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por
el título de Magister en Administración de Empresas**

DIRECTOR: Profesor Luis Hernando García MSc

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
SANTIAGO DE CALI
2018**


Santiago de Cali, noviembre 16 de 2018.

Doctor
Alberto Arias Sandoval PhD
Decano
Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas
Pontificia Universidad Javeriana
La Ciudad


Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es
“Proinsalud: La zozobra ante nuevos horizontes”

Esperamos que este Trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente



Jorge Mauricio Melo Yepes
Código: 6033375
C.C.: 98.384.906




Ricardo Enrique Vega Mera
Código: 8909621
C.C: 12.983.807

Santiago de Cali, noviembre 16 de 2018.

Doctor
Alberto Arias Sandoval PhD
Decano
Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas
Pontificia Universidad Javeriana
La Ciudad

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado “**Proinsalud: La zozobra ante nuevos horizontes**”, realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana, Jorge Mauricio Melo Yepes y Ricardo Enrique Vega Mera, y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente,



Profesor Luis Hernando García MSc
Tutor del Trabajo de Grado


ARTÍCULO 23 de la resolución N° 13 de julio 6 de 1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

“Proinsalud: La zozobra ante nuevos horizontes” Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magister en Administración.



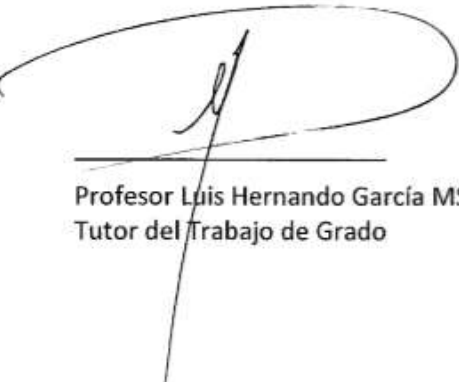
Alberto Arias Sandoval PhD
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Diego Alejandro Pelaez
Director Adjunto
Maestría en Administración de Empresas



Nombre (s) Apellido (s)
Jurado



Profesor Luis Hernando García MSc
Tutor del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 16 de noviembre de 2018.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer de manera muy especial
a todo el equipo humano de Proinsalud S.A. por toda su disposición
y apoyo incondicional durante la preparación de este caso de estudio.
En este tipo de labor, el soporte que como equipo de trabajo se obtiene
de todos cuando se trabaja por el logro de objetivos comunes de mejora,
es garantía de éxito al final del camino.

¡Muchas gracias!

CONTENIDO

I. PROINSALUD: LA ZOZOBRA ANTE NUEVOS HORIZONTES	9
1. El sistema de salud en Colombia y la ley 100	10
1.1. Antecedentes a la ley 100.....	11
1.2. El sistema general de salud	13
2. Regímenes especiales en salud (y aquí se incluye el servicio al Magisterio)	15
2.1. El servicio de salud para el magisterio	15
3. Sistema de salud y Magisterio en Nariño	19
4. PROSALUD	21
4.1. Antecedentes	21
4.2. Crecimiento	25
5. Desarrollo y discusión.....	28
5.1. Capacidades clínicas y administrativas	29
5.2. Recursos tecnológicos	33
5.3 El talento humano	34
<i>Perspectivas y recomendaciones</i>	37
II. Notas de docencia/enseñanza	39
7. Propósito pedagógico del caso.....	39
7.1 Conceptos relacionados y marco teórico	39
7.1.1 Estrategia empresarial.....	39
7.1.2 Gestión del riesgo.....	40
8. Plan de enseñanza.....	41
8.1 Asignaturas a las cuales aplica el caso	41
8.2 Objetivos	42
9. Preguntas centrales de discusión.....	42
10. Línea de tiempo	56
11. Bibliografía	57

I. PROINSALUD: LA ZOZOBRA ANTE NUEVOS HORIZONTES

Cuando un grupo de personas acuerdan crear una empresa, saben que deberán enfrentarse a diversas situaciones en la vida de esta para garantizar que se desarrolle de manera exitosa y cumpla cabalmente con la función para la que ha sido creada. La mayoría de las veces la toma de estas decisiones requiere de una amplia y concienzuda evaluación de todos los escenarios y riesgos posibles. Tal es el caso de la empresa denominada PROINSALUD que, para diciembre de 2016, después de más de dos décadas de operación exitosa en la prestación de servicios de salud para el Magisterio¹ de Nariño, bajo la figura de pago por unidad de capitación (UPC)², reunió a sus veintidós inversionistas que con un capital social de 20 millones de pesos habían comenzado la empresa, a discutir la viabilidad del nuevo contrato. Se congregaron en torno a la gran pregunta que estaba sobre la mesa... ¿debía tomarse ese “nuevo contrato” o era mejor dejarlo pasar?³. Es importante resaltar, que, para este momento, a través de la operación de este contrato se facturaban tres mil millones de pesos mensuales constituyendo el 80% de los ingresos operativos de la empresa, pudiendo calcular su margen neto entre un 5% a 7%. Esta ejecución ha incluido la atención y prestación de los servicios de salud a los municipios de Nariño sin contar con la costa nariñense; incorporando la atención en salud

¹ Para este documento se usa la denominación “Magisterio” en tanto se entiende como una institución en el Departamento de Nariño más que como la actividad propia del maestro.

² Valor per cápita que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, sin distinción o segmentación alguna por niveles de complejidad o tecnologías específicas; teniendo en cuenta factores de ajuste por género, edad y zona geográfica, para cubrir los riesgos de ocurrencia de enfermedades que resulten en demanda de servicios de los afiliados a cualquiera de los regímenes vigentes en el país. FUENTE: minsalud.gov.co

³ Este caso de enseñanza ha sido escrito por Jorge Mauricio Melo Yepes y Ricardo Enrique Vega Mera con la tutoría del Profesor Luis Hernando García. Los hechos descritos están basados en la realidad de la empresa y tiene como objetivo apoyar el proceso de enseñanza del MBA de la PUJ.

en todos sus niveles de complejidad, actividades de promoción y prevención en salud y salud ocupacional.

Con este modelo se había alcanzado un equilibrio en la prestación de servicios, la capacidad instalada estaba ocupada en un 85% y la percepción de calidad en atención a través de encuestas de satisfacción estaba sobre el 90%, indicadores que debían elaborarse mensualmente para el FOMAG⁴ y FIDUPREVISORA⁵ entidades encargadas de fiscalizar la prestación de los servicios.

Para el inicio de ese 2016, la proyección de dinero capitado mensual rondaba los cinco mil millones de pesos, sin embargo, la población de usuarios había crecido un 30% aproximadamente, las actividades también se incrementaban y el margen esperado había disminuido al 3%; el flujo de caja se había afectado y como consecuencia había retrasos en los pagos a proveedores. Por todo esto, la empresa debió elaborar un plan para contingencia de costos.

Con el ánimo ofrecer algo de contexto a este caso de estudio, recorreremos las instancias del sistema de salud en Colombia.

1. El sistema de salud en Colombia y la ley 100

El sistema de salud comprende las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad es mejorar la salud (Organización Mundial de la Salud, 2016). En Colombia en 1975 se contaba con un Sistema Nacional de Salud que funcionó hasta 1993 (Merlano-Porras & Gorbanev, 2013). Con esto, el Ministerio de Salud controlaba los recursos y todos los

⁴ Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

⁵ Administradora de los recursos del FOMAG

servicios; este sistema era público, y se financiaba con recursos provenientes de la nación, los cuales eran transferidos a los departamentos para que, con ellos, se hiciera un diagnóstico e intervenciones acordes a las necesidades en salud de la población en cada región.

Hacia la década de los 90 con la apertura económica promovida en el Gobierno de César Gaviria, se inició la privatización de los servicios de salud a través de la ley 100. El sistema pasó de ser un sistema Nacional de Salud a un Sistema General de Seguridad Social en Salud (Hernández, 2002).

1.1. Antecedentes a la ley 100

A partir de las sugerencias realizadas en el Consenso de Washington y el Banco Mundial, para eliminar deficiencias de los mercados de atención en salud como una necesidad para aumentar la equidad (Banco Mundial, 1993) durante 1988 y 1989, el Ministerio de Salud y el Departamento de Planeación Nacional convocaron a un grupo de expertos para definir un sistema de salud ideal. Este grupo planteó un sistema de cobertura global sin barreras económicas, geográficas ni culturales que permitiera garantizar la salud establecida como un derecho fundamental, con acciones que vinculen la gestión comunitaria y las relaciones intersectoriales.

Luego, desde el Ministerio de Salud ubicado en Bogotá, se controlaban los servicios departamentales y seccionales, quienes a su vez controlaban los hospitales públicos en todos los niveles de complejidad de atención, desde el primer nivel en donde solo es necesario el médico general y personal auxiliar hasta el tercer nivel de complejidad en donde es necesaria la participación de un médico especialista con todo el equipo e infraestructura de salud (Centro de Investigaciones para el Desarrollo, 2008). Este sistema se financiaba con recursos

fiscales procedentes de los ingresos corrientes de la nación que se transferían a los departamentos.

El ente territorial en cada uno de los departamentos se encargaba de;

- diagnosticar el estado de salud de la población
- planificar los servicios
- administrar recursos financieros y humanos
- vigilar y controlar los indicadores básicos de salud pública
- inspeccionar, vigilar y controlar los recursos físicos

Ante tal multiplicidad en las funciones del sistema, era evidente que se generaría un sistema de salud ineficiente, altamente burocratizado y propenso a la corrupción, pues el ente gestor actuaba como administrador y auditor del sistema de salud (Hernández, 2002).

1.2. El sistema general de salud

En 1945 se creó la Caja Nacional de Previsión Social (CAJANAL) y el Instituto de Seguros Sociales (ISS). Los trabajadores del sector público eran beneficiarios de la previsión social y los trabajadores del sector privado de la seguridad social. Para la época, la cobertura general en salud alcanzaba tan solo al 20% de la población trabajadora, dejando por fuera a los trabajadores independientes, población vulnerable y sin capacidad económica. Algunas instituciones como las fuerzas militares, Ecopetrol, y el Magisterio tenían su propio régimen y red de prestadores de salud. En ese entonces, el Estado tenía como misión organizar las instituciones fueran públicas o privadas, distribuyendo los recursos físicos y financieros, dentro de un ordenamiento jurídico que permitiera a los colombianos acceder a los servicios de salud a través de un sistema de aseguramiento (Rocha, 2010).

La apertura económica, bajo el liderazgo del gobierno de Cesar Gaviria Trujillo iniciado en 1991, trajo consigo un cambio en el sistema de salud colombiano dando como resultado la apertura de la competencia en la oferta de servicios de salud en el país. A través de la ley 100 *“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”* el Estado decidió abrir las puertas a las empresas privadas, para que fuera función y autonomía de los usuarios escoger quiénes debían ser los prestadores de los servicios de salud. Con la creación de la ley 100 de 1993, la salud se estableció como un derecho de cobertura universal, bajo los principios de equidad, solidaridad, eficiencia, calidad y participación social (Congreso de la República de Colombia, 1993).

La ley 100 de 1993, desarrolló los principios constitucionales, y concilió las posiciones extremas favorables a la total privatización del sistema de salud y favorables a un servicio nacional de salud estatal.

Por lo anterior, aparece en esta historia, un sistema mixto en el que, el estado asumió un papel rector que expedía las normas del sistema y modulador auditando los procesos y procedimientos de este, pero entregó las responsabilidades de aseguramiento y prestación de servicios en esquema competitivo, por entidades públicas y privadas con y sin ánimo de lucro.

Se crearon dos regímenes:

- El conocido como contributivo, que se autofinanciaría con el aporte de los ciudadanos con algún tipo de vínculo laboral formal, haciendo que el 12% del ingreso de estos asalariados y de los trabajadores independientes con ingresos superiores a dos salarios mínimos fuera destinado para la atención en salud.
- El régimen el subsidiado, financiado con los recursos de esta transferencia del contributivo, más los recursos fiscales transferidos a los municipios vía la descentralización.

El artículo 48 de la ley 100 de 1993 estableció que para alcanzar la cobertura en salud al 100% de la población colombiana, los servicios podrían ser prestados por entidades públicas o privadas tal como lo enuncia el Congreso de la República de Colombia a continuación:

La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Se garantizará a todos los habitantes el derecho

irrenunciable a la seguridad social. 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. Podrá ser prestada por entidades pública o privadas (s.p.).

2. Regímenes especiales en salud (y aquí se incluye el servicio al Magisterio)

2.1. El servicio de salud para el magisterio

En razón a que la mencionada Ley 100 denominó algunos regímenes especiales, estos grupos cuentan con otros esquemas de seguridad social diferentes a los establecidos para el resto de la población colombiana (Yepes & Sánchez, 2000). Cuentan con algunas excepciones en el cubrimiento, tienen amplios beneficios, una mayor cobertura de medicamentos y procedimientos comparados con el plan de salud del régimen contributivo o subsidiado (Rocha, 2010).

El sistema de salud para los regímenes especiales planteó unos principios fundamentales entre los que se puede mencionar (Ministerio de Educación Nacional, 2010):

- No existencia de cuotas adicionales o aportes a la ley para atención a los afiliados o a sus beneficiarios.
- Atención de todo tipo de patologías sin restricción a los afiliados y sus beneficiarios.
- Inexistencia de los periodos mínimos de cotización.
- Regionalización: El servicio médico es prestado regionalmente para mejor accesibilidad, oportunidad y calidad de los servicios.
- Garantía de calidad.

A continuación se presenta un esquema del sistema de salud colombiano creado por la Ley 100 de 1993 (Guerrero et al., 2011).

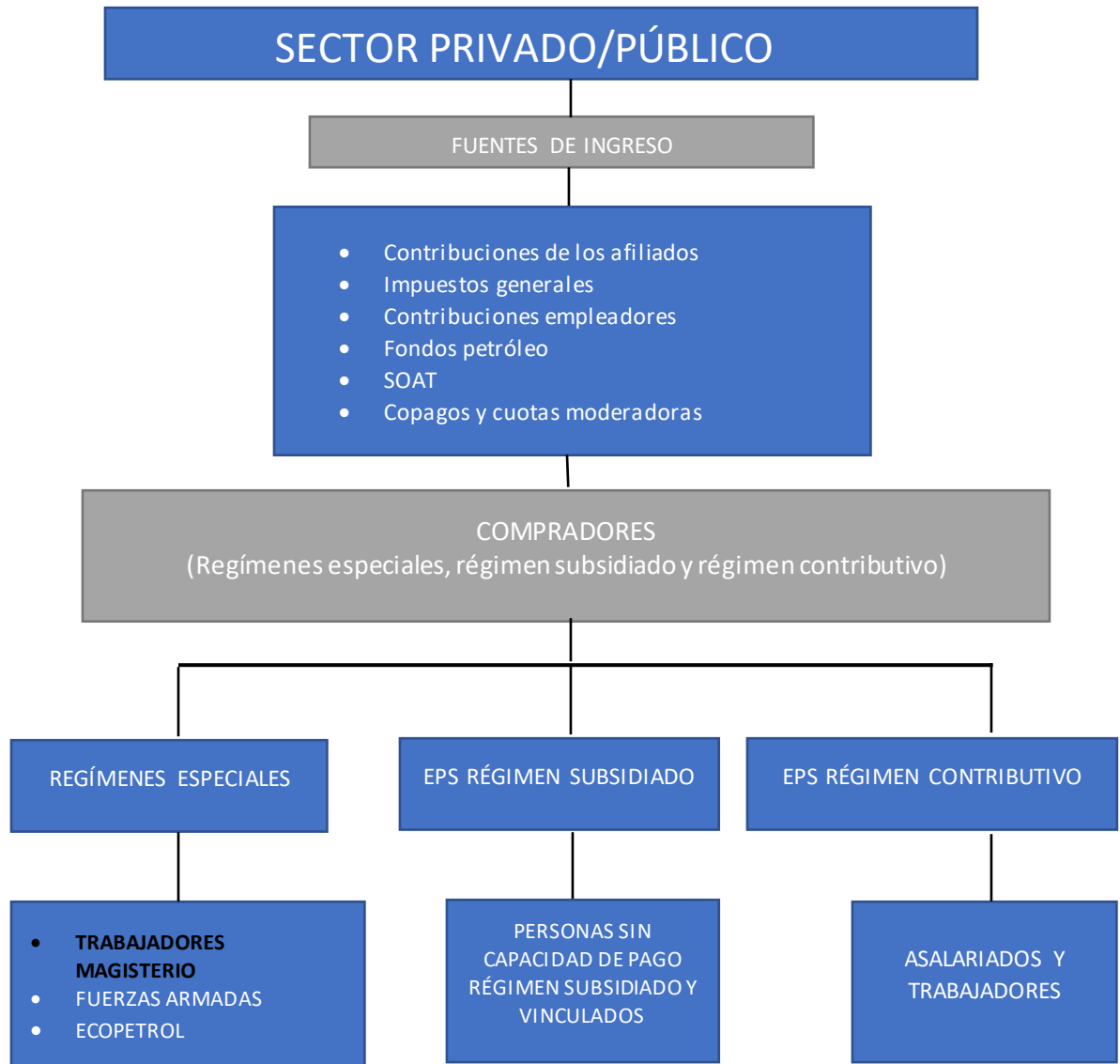


Figura 1. Esquema del Sistema de Salud Colombiano a partir de la Ley 100 de 1993

Es importante señalar que, antes de la ley 100, los recursos para la salud eran transferidos desde el Ministerio de Educación Nacional a La Caja Nacional de Previsión Social (CAJANAL) y a los entes territoriales para ser administrados. CAJANAL, por su parte, se encargaba de prestar directamente los servicios de salud, esto acarreaba sobrecostos y hacía que el sistema fuera ineficiente, podríamos pensar que era una situación esperada dado que la prestación de servicios de salud no era uno de los objetivos misionales de CAJANAL (Muñoz Cordero, 2003).

Por otra parte, para 1993, el Magisterio no contaba con una base de datos que fuera lo suficientemente confiable para saber cuál era el número de educadores en Colombia. Además, existían siete figuras jurídicas diferentes de nombramiento, (El Tiempo, 1993) a saber:

- maestros departamentales
- municipales
- nacionales
- nacionalizados por cofinanciación
- por cobertura
- por concordato
- por orden de prestación de servicios y
- por consejerías

Tampoco existía claridad sobre quien pagaba los salarios y prestaciones. Para ilustrar esta situación, a finales de 1992 el Ministerio de Educación anunció que: “contrario a lo que

presupuestaba el departamento, este no cancelará las deudas de los servicios de salud de los maestros pues no es de su competencia” (Diario del Sur, 1992a). Como vemos, un gran compendio de irregularidades.

Para dar algo de orden, el gobierno expidió la ley 91 de 1989 y creó el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio para personal nacional, nacionalizado, y territorial que ejerciera la docencia. Este fondo se constituyó como una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, y dotado de mecanismos regionales lo cual permitía garantizar la prestación descentralizada de los servicios en cada entidad territorial sin afectar el principio de unidad. Logrando con esto, la agrupación de los docentes en una única entidad para administrar la asistencia médica, el pago de pensiones y prestaciones sociales (Congreso de la República de Colombia, 1989).

Por otra parte, el sistema de salud para el Magisterio en Colombia había pasado por diferentes tipos de modelo de prestación del servicio, y en un principio fue operado y administrado por el Estado. La prestación de los servicios de salud estaba condicionada a un sinnúmero de dificultades ya que existía poca disponibilidad y acceso debido a la centralización y politización. La apertura que se generó una vez creada la Ley 100 de 1993, permitiendo el ingreso de la empresa privada para que ésta prestara los servicios de salud, logró eliminar barreras, entre ellas, disminuir la intermediación en la prestación de servicios y, por otra parte, a través de la contratación a terceros, llevar la atención a todos los lugares de Colombia.

Al mismo tiempo, para este momento, los maestros de Nariño se encontraban en huelgas y protestas por la inconformidad en la asignación de los recursos por parte del Estado para la prestación de los servicios de salud. Debido a esta problemática, el Fondo Prestacional del Magisterio bajo este nuevo modelo económico, abrió una licitación para ofertar mejores servicios de salud a sus maestros a través de una entidad externa. En ese momento, PROINSALUD participó en esta licitación y fue contratado para la prestación de los servicios médicos; esta designación constituyó un reto para la gestión y el emprendimiento de esta nueva empresa.

3. Sistema de salud y Magisterio en Nariño

Antes de la ley 100 el departamento de Nariño contaba con 11 hospitales, 2 clínicas, 111 puestos de salud, 26 centros de salud, 237 médicos, 44 odontólogos, 25 bacteriólogos, 624 auxiliares de enfermería, y 658 camas disponibles, para una población de 1'146.204 habitantes, una oferta de profesionales que no era suficiente para cubrir las necesidades en salud que tenían en ese momento los habitantes del departamento (Zarama Medina). Por si fuera poco, la oferta privada en salud era escasa, no existían clínicas de alto nivel y una proporción elevada de pacientes debía remitirse a ciudades como Cali y Bogotá debido a la carencia de talento humano calificado. Por otra parte, los salarios para el personal de salud eran bajos y el único ente que contrataba laboralmente era el Estado. Se acostumbraba entonces que la consulta médica fuera por prestación de servicios o por consulta privada.

Adicional a esta problemática, el departamento tenía falencias en control de salud ambiental y pública, lo que ocasionó inconformismo entre los nariñenses generando paros y huelgas en todos los municipios (Diario del Sur, 1992a).

Hasta el año 1993, CAJANAL administró los servicios de salud, pago de pensiones e incapacidades en el departamento de Nariño. El modelo de prestación era netamente administrativo y se externalizaban los servicios médicos en una red que no era propia. No se controlaba la oferta, tampoco se retroalimentaba la calidad de los servicios prestados, no existían procesos de auditoría, el servicio médico se encontraba sin regulación y las cuentas médicas eran presentadas sin soportes. No había servicios de salud en los municipios y la atención debía siempre realizarse en ciudades principales del departamento como Pasto o Ipiales. Los docentes contrataban con sus propios recursos la mayor cantidad de los servicios de salud (Muñoz Cordero, 2003). No existía reglamentación sobre cobertura y era inexistente la información real sobre descuentos a los afiliados; “ningún servicio puede resistir la prestación del servicio porque inexorablemente lo lleva a la quiebra” (Muñoz Cordero, 2003).

La prestación de servicios se generaba a partir de un único valor de cotización, pero el sindicato de Nariño amplió la cobertura a los cónyuges e hijos hasta los 18 años sin variar el nivel de cotización. El contrato fue rentable hasta el año 1991 cuando inició la afiliación masiva de usuarios pasando de 7.123 a 25.000, incremento bastante considerable (Diario del Sur, 1992b). Por otra parte, la nación incumplió con los giros de dinero impidiendo el pago oportuno de salarios, pensiones, prestaciones y servicios de salud de los educadores (Muñoz Cordero, 2003).

A comienzos de 1992 dada la vulnerabilidad del sistema la subcomisión de salud del Magisterio de Nariño propuso: “un modelo de atención autogestionario que cuente con la participación de la comunidad y haga énfasis en los aspectos curativos como preventivos respondiendo a las reales necesidades de la población”, donde todos los organismos prestatarios emprendieran el camino hacia la autonomía administrativa. Esta propuesta fue

rechazada por los docentes aduciendo que dicho modelo era centralista, jerarquizado y de monopolio (Diario del Sur, 1992a). Ante este caos administrativo y de prestación de servicios, el gobernador Zarama Medina propone la conversión del fondo prestacional de Magisterio y empleados de la educación de Nariño en una entidad de economía mixta con la participación del departamento, en un 90% y la empresa privada con el 10%, una vez terminara el contrato con CAJANAL en marzo de 1993 (Muñoz Cordero, 2003).

4. PROSALUD⁶

4.1. Antecedentes

La apertura económica y los lineamientos de un nuevo régimen de salud crearon la oportunidad a los particulares de establecer empresas dedicadas a la prestación de servicios de salud a entidades territoriales y a regímenes especiales. Ante la apertura de la licitación para la oferta de servicios de salud para los maestros en Colombia, un grupo de veintidós socios creó en 1992, PROSALUD, una empresa concebida con el propósito de ejecutar toda actividad económica organizada para la prestación integral o parcial, directa o indirecta de servicios profesionales de salud y otros afines. PROSALUD incursionó prestando servicios a partir de los nuevos lineamientos del sistema de salud derivados de la ley 100 de 1993, recordemos que fue constituida con un capital de \$20'000.000, aportados entre los socios, acordando que laborar en la institución era opcional.

⁶ La empresa es registrada originalmente bajo el nombre de PROSALUD. Luego, debido a que el nombre ya se hallaba registrado y, por si fuera poco, también aparecía en la famosa "Lista Clinton" se cambió el nombre a PROINSALUD. Para efectos de la línea del tiempo se utilizará el nombre PROSALUD desde su creación en 1992 y se utilizará PROINSALUD a partir de 2002 cuando se realiza el cambio de nombre.

La institución realizó la apertura de los servicios de odontología preventiva, consulta médica externa general y especializada, servicios diagnósticos de imágenes y laboratorio, medicina física y rehabilitación, hospitalización, urgencias y servicio farmacéutico. Estos servicios fueron financiados con el capital aportado por los socios y un 50% del capital suscrito fue destinado como capital de trabajo.

Para ese momento, PROSALUD era consciente del gran reto al que se enfrentaba, por lo que de inmediato realizó un análisis de las desventajas competitivas del departamento en infraestructura (una única vía principal que servía de conexión a Pasto con Ipiales, vías secundarias en mal estado y vías terciarias casi nulas; un aeropuerto con un vuelo diario a Cali y Bogotá), oligopolios en la prestación de servicios médicos (un hospital de tercer nivel, una clínica y un hospital de segundo nivel), dependencia del gobierno central, carencia de talento humano capacitado (solamente veinticinco médicos especialistas registrados en Nariño). Esto le permitiría sentar las bases del modelo de prestación de sus servicios.

Este modelo de atención que utilizó para la prestación de sus servicios se basó en una sede principal en la ciudad de Pasto (cobertura para tercer nivel) y los centros satélites en el 90% de los municipios del departamento para primer y segundo nivel, mediante alianzas estratégicas con centros de salud y prestadores privados. En esos centros se atendía la mayor parte de los requerimientos; no era necesario el traslado a Pasto, por el contrario, la mayor parte de diagnósticos y patologías fueron tratados en el sitio de residencia.

A manera de ejemplo, el municipio de Barbacoas se encuentra a 210 km de distancia de Pasto, el transporte es por vía terrestre, un viaje sin contratiempos puede durar hasta 48 horas (por las condiciones climáticas y de las vías). En este municipio se realizó la apertura de una

sede y el número de consultas para todas las especialidades remitidas a Pasto, una vez implementado el servicio, bajo de 40 a 4.

Cada sede de PROSALUD contaba con un consultorio de medicina general y odontología, las cuales fueron dotadas con farmacias básicas que servían de dispensario; la enfermera de cada sede regentaba y suministraba los medicamentos. Si algún medicamento no tenía existencias era solicitado vía telefónica o fax y era enviado vía correo a la sede local en las siguientes 24 horas. En las sedes regionales, se realizaba la toma de exámenes y se centralizó su lectura en Pasto. Médicos especialistas realizaban brigadas mensuales. El laboratorio y servicios de radiología fueron contratados con los hospitales regionales. La ambulancia de la entidad trasladaba a los centros de atención en Pasto a quienes requirieran atención más compleja.

A finales del año 1995, la Junta Directiva de PROSALUD creó una jefatura de planeación con el propósito de enmarcarse en una planeación estratégica adecuada e iniciar planes de mercadeo, auditoría y gestión. Durante este ejercicio de planeación se identificaron factores desfavorables en el modelo de contratación:

- Los beneficiarios se incrementaban con cada licitación mientras los afiliados y aportantes se mantenían.
- El plan de beneficios no tenía límites en cuanto a servicios y medicamentos ofertados tal y como lo estipulan los principios del régimen especial para el Magisterio (Ministerio de Educación Nacional, 2010).
- Uno de los grandes generadores del gasto de los recursos eran los insumos y medicamentos solicitados por los profesionales.

Ante tal situación, se hizo necesario dar inicio a un plan de contingencia para estandarizar la atención a los docentes mediante la elaboración de guías de manejo, lo que permitiría a los profesionales de la salud contar con una guía para el manejo óptimo de los capitales y el uso adecuado de los recursos destinados a la salud de los maestros.

Para ilustrar esta situación presentamos el testimonio de una empleada administrativa trabajadora de PROSALUD quien manifestó: “la empresa tenía buenos proyectos para ampliar la atención y de igual manera ampliar los servicios que prestaba, lo cual generaría nuevas oportunidades de empleo. Se encontraba sólida en el aspecto financiero y humano, le faltaba organización dentro del área administrativa. Había cierta congestión en la asignación de citas médicas y laboratorio”. Esto debido a que para atender alrededor de 25.000 usuarios solamente laboraban 70 funcionarios administrativos (Muñoz Cordero, 2003).

4.2. Crecimiento

La estrategia empleada por PROSALUD en el departamento de Nariño se basó en la prestación descentralizada de los servicios, en la calidad con optimización de recursos y en la fidelización del usuario. Esta gestión permitió en diez años, consolidar a PROSALUD como una de las empresas privadas con mayor proyección en el departamento de Nariño. Inicialmente brindó servicios al 10% de los docentes a través de una red básica de atención y externalización de múltiples servicios a través de la figura de alianzas estratégicas. A pesar de los cambios políticos, huelgas y altibajos del sistema de asignación y manejo de recursos por parte del Magisterio, PROSALUD brindó servicios de salud oportunos y de calidad a los docentes del departamento. En diez años de trabajo, logró contar con la total satisfacción de los usuarios y al mismo tiempo tener solidez económica y crecimiento financiero, pasando de un sistema de prestación de servicios a través de alianzas estratégicas a una red propia que le permitió desarrollar un portafolio extenso, crear valor y consolidar financieramente a la empresa.

En diciembre de 1993, PROSALUD abrió sus puertas a los usuarios de la Caja Nacional, con esto, se hacía imperioso el rediseño de la infraestructura física y tecnológica existente, así como el requerimiento de un mayor número de personal calificado. El año 1993 fue un periodo de crecimiento económico notable de la empresa, lo cual fue evidente en la asamblea de socios en donde se entregó la información y balances a continuación:

1. El valor nominal de la acción se incrementó en un 300%
2. Las ganancias después de impuestos para el año 1.993 fueron de \$73'000.000

3. Al inicio del contrato con FOMAG se prestaba el servicio al 10% de los docentes, para el 31 de diciembre se contaba con la afiliación del 34% de los docentes.
4. Se inició un nuevo contrato con CAJANAL.

Ante este panorama, se propuso reinvertir las utilidades en infraestructura, compra de un lote para la sede propia y la apertura de nuevos servicios. Por otra parte, se planteó como estrategia la afiliación del 100% de los docentes. Esta propuesta hizo que aquellos socios no pertenecientes al sector de la salud vieran el crecimiento de su capital pero una escasa rentabilidad del dinero invertido dando como resultado que muchos de ellos decidieran vender sus acciones a nuevos accionistas pertenecientes al sector salud (Muñoz Cordero, 2003).

El tener una sede propia y recurso humano calificado permitió contratar la prestación de servicios de salud a entidades diferentes al Magisterio, ampliando así su alcance de servicios, disminuyendo con esto el riesgo de atender un único cliente. Por otra parte, se creó la figura de gestores de salud en las sedes de prestación de servicios, quienes tramitaban autorizaciones y citas médicas en la ciudad de Pasto. Así, cuando el usuario debía trasladarse a Pasto llegaba con la gestión administrativa realizada y solo debía recibir la prestación de los servicios de salud.

De esta época, uno de los médicos generales recuerda: “PROSALUD directamente contrataba la atención, tenía buenas tarifas, el médico era autónomo en escoger el horario de trabajo y cuando se viajaba a Pasto, en la sede lo atendían como si se fuera trabajador de toda la vida. El pago era oportuno y lo más importante, si uno debía ausentarse para capacitarse o especializarse, cuando se regresaba sabía que tenía las puertas abiertas en la institución”.

Debido al crecimiento en la demanda de los servicios PROSALUD amplió la oferta, centralizó el servicio de citas médicas y amplió la capacidad de consulta médica general (seis consultorios), consulta odontológica (cuatro consultorios), urgencias, y cirugía ambulatoria, y se creó la dependencia administrativa en una sede aparte (gerencia, administración, contabilidad y pagaduría). Dos años después, la empresa ofreció atención integral, con todas las especialidades, laboratorio y cirugía. Además, para mejorar las competencias del recurso humano en PROSALUD, los primeros médicos que laboraban en la institución fueron patrocinados para realizar sus especializaciones tanto en Colombia como en el exterior. Lo anterior, con el objetivo de que la organización pudiera competir con servicios de alta calidad en el mercado laboral comparado con sus competidores quienes no contaban con la infraestructura de PROSALUD (Muñoz Cordero, 2003).

En el año 1995, cuando se inició la construcción de la clínica PROSALUD, uno de los doctores recuerda “no teníamos recursos, pero el capital humano y los trabajadores ayudaron a construir nuestro sueño, ellos creyeron y ese sueño se logró”. La clínica permitió a la empresa ampliar la cobertura de servicios y consolidar su modelo de prestación, previo a la construcción de la clínica los recursos girados por la FIDUPREVISORA se distribuían a los diferentes prestadores. PROSALUD se había convertido en un modelo de alianzas estratégicas y derivación hacia diferentes prestadores. Con la apertura de la clínica, la capacidad resolutive se incrementó exponencialmente, se logró contener costos y el grado de satisfacción de los usuarios se vio positivamente afectado.

Como se puede observar, gracias a la acertada evaluación de necesidades, a la planeación y al análisis de contingencias PROSALUD logra un crecimiento muy positivo durante una

década, gracias a un proceso de integración y organización de un grupo de profesionales de la salud del departamento de Nariño que permitió a pesar de las diferentes adversidades un gran crecimiento, lo que hizo posible la construcción de instalaciones propias para brindar un servicio de calidad al régimen del magisterio (Muñoz Cordero, 2003). Sin embargo, se enfrentarían a una de sus más controversiales decisiones, ¿Tomarían o no el “nuevo contrato”?

5. Desarrollo y discusión

Dada la proyección de la empresa que pasó de contar con una nómina de 100 funcionarios a 700 colaboradores, mediante diferentes modalidades de vinculación, se vio la necesidad de crear el departamento de recursos humanos. Su gestión permitió lograr la vinculación de personal idóneo y a la vez crear un plan de carrera. Uno de los grandes retos fue contratar personal en diferentes sedes y lograr que estos a pesar de la distancia geográfica se adhirieran a las guías de manejo centrales elaboradas en la empresa y que más adelante pudieran prestar servicios a usuarios de otros contratos (a la fecha el 90% de los recursos económicos que captaba la empresa correspondían al contrato de Magisterio), teniendo en cuenta que la renovación del contrato estaba sujeta a unos términos de referencia que se publicaban para un determinado periodo de contratación era importante abrir nuevos mercados para venta de servicios de salud que la empresa ya tenía dispuestos.

Para el año 2000, prestaba servicios al 100% de los docentes a través de una red propia con sedes en la mayor parte de los municipios, una clínica en construcción y sedes propias en las principales ciudades del Departamento.

Una vez analizada la problemática existente, se crea la necesidad de analizar y discutir las ventajas competitivas en términos de capacidades y recursos con que cuenta la empresa para determinar cuál será el plan estratégico llevar a cabo.

5.1. Capacidades clínicas y administrativas

Para el año 2002, PROINSALUD⁷ se encuentra prestando servicios en salud y complementarios a través de servicios habilitados ante el Instituto Departamental de Salud de Nariño (2016) 276 servicios habilitados y 16 sedes en los municipios de: Barbacoas, Cumbal, el Charco, el Tambo, Ipiales, la Cruz, la Unión, Olaya Herrera, Pasto, Ricaurte, Samaniego, San Pablo, Sandoná, Taminango, Tumaco, Túquerres, etc.

Los Municipios habilitados prestan servicios de consulta externa de medicina general, manejan el programa de promoción y prevención y se hace entrega de medicamentos. Para esto, tiene la capacidad de operar a través de redes integradas de servicios de salud, por nivel de complejidad, y acorde con el perfil poblacional basado en un enfoque de riesgo, de esta forma privilegia el control de las patologías que afectan más gravemente la salud de los afiliados. Estos servicios médicos y asistenciales al Magisterio incluyen los tres niveles de complejidad, con todos sus servicios médicos y de apoyo para el diagnóstico y la complementación terapéutica, así como todas las especialidades aprobadas o convalidadas y reguladas por el Ministerio de Educación Nacional, además del transporte dentro y fuera de la región. La totalidad de los servicios se contrata bajo la modalidad de capitación lo cual implica la obligación de garantizar, directamente la prestación integral del Plan de atención de salud del magisterio.

⁷ De acuerdo con lo planteado anteriormente, a partir de este momento, nos referiremos a PROINSALUD.

Para la atención del usuario se han elaborado 368 procesos, 151 protocolos, 285 instructivos para realización de procedimientos y 17 manuales. De estos, 47 procesos se han definido como críticos. Cada uno de los procesos tiene al menos 17 indicadores de gestión y trazabilidad.

El servicio de **hospitalización** se presta ya en la Clínica PROINSALUD con domicilio en la ciudad de Pasto. Esta institución de tercer nivel de complejidad ofrece servicios de medicina general y especializada; cuenta con 47 camas para pacientes adultos, 17 camas para gineco obstetricia, 6 camas para atención pediátrica, servicios de especialidades y subespecialidades, una unidad de cuidado intensivo para adultos con 6 camas y neonatal con 4 camas. El porcentaje de ocupación de UCI adultos 70 % y neonatal 50 %. Tasa de mortalidad UCI adultos 10%. Tasa de satisfacción 90 %. Tasa de infección menor al 2 %. Reingresos 2%.

Atiende población del régimen subsidiado (10%) contributivo (5%) y régimen especial (85 %.). El porcentaje de ocupación es del 80%, el giro cama de 2 días y el promedio de estancia es de 15 horas, la tasa de satisfacción del usuario es del 95%.

Cuenta con 3 quirófanos con porcentaje de ocupación del 70%, se realizan 461 cirugías mensuales. El porcentaje de satisfacción en esta área es del 85% con tasa de cancelación de cirugías del 5 %. La tasa de reintervenciones es del 0 % y el tiempo de programación es de 20 días.

Además, cuenta con 22 especialidades y subespecialidades, bajo la modalidad de interconsultas, sala para procedimientos radiológicos invasivos con aislamiento para radiación y atención de urgencias 24 las horas con un equipo de médicos generales y especialistas,

enfermeras, terapeutas. Cuenta también con sala de reanimación, un consultorio de triage y 3 consultorios de urgencias, sala de procedimientos menores, sala ERA, salas de observación de hombres y mujeres cada una con siete camas disponibles.

Se realizan 1800 consultas y 500 procedimientos menores mensuales. El tiempo promedio de atención es de 23 minutos y el porcentaje de reingreso 1,2%. Se dispone de una unidad de cuidado intermedio para adultos con 6 camas y neonatal con 12 camas.

Por otra parte, cuando se requieren servicios de atención de cuarto nivel, estos son derivados a Fundación Valle de Lili, Clínica Imbanaco y/o Clínica Rey David en la ciudad de Cali. Los servicios que más derivan para estas atenciones son Corneología y atención por glaucomatólogo.

El servicio de **Consulta externa** cuenta con 33 consultas especializadas en la sede propia donde hay 12 consultorios de medicina general, 10 consultorios para especialidades 10 consultorios para promoción, prevención apoyo diagnóstico y terapéutico (terapia ocupacional, física y lenguaje) mensualmente se realizan 13.509 consultas.

La asignación de citas se puede programar a través del Centro De Atención Telefónica y/o de manera presencial, con un software que está disponible para tal fin.

Adicionalmente, se presta servicio de odontología general, especializada, endodoncia, cirugía maxilofacial y odontopediatría. Se realizan 1.100 procedimientos generales mensuales, 99 procedimientos de endodoncia, 30 de cirugía maxilofacial y 32 de odontopediatría.

El servicio de **hospitalización en casa** brinda atención extramural a pacientes que pueden permanecer en sus domicilios con cuidados médicos complementarios. Tiene cupo para 20 pacientes y el porcentaje de ocupación es del 90 % con una satisfacción del 95 %.

Para la realización de **apoyo diagnóstico y complementario** cuenta con servicios de radiología general e intervencionista, laboratorio clínico básico y especializado, endoscopia digestiva diagnóstica y terapéutica, banco de sangre y hemoderivados, esterilización, terapia del lenguaje, respiratoria, física y ocupacional. Mensualmente se realizan 17.677 actividades de apoyo diagnóstico y 2.507 actividades de apoyo terapéutico.

Para la prestación de servicio de transporte asistencial básico de baja complejidad cuenta con una ambulancia que realiza mensualmente 45 traslados dentro del Departamento y dos traslados fuera.

Por otra parte, están diseñados los programas de promoción y prevención con acceso preferencial y programas de VIH/SIDA, educación en salud, control prenatal, preparación para el parto, planificación familiar, crecimiento y desarrollo, adulto joven, atención del adulto mayor, citología cervicouterina, mamografía, agudeza visual, atención post parto, control prenatal, crecimiento y desarrollo, tamizaje de cáncer de seno y tamizaje de cáncer de próstata.

El **servicio farmacéutico** ofrece planes y programas de promoción y control de la adecuada utilización de los productos farmacéuticos, programa de optimización de prescripción y administración de medicamentos, programas de fármaco vigilancia, farmacocinética clínica y uso racional de medicamentos. También gestiona la selección de proveedores y acorde con el INVIMA redacta protocolos, instructivos y manuales. Se cuenta con área especializada para los medicamentos de refrigeración y un espacio para medicamentos de control. Se maneja una provisión de inventario de medicamentos inventario para 2 meses. Dispone también de una **Central de mezclas** de medicamentos, para preparaciones magistrales, esto es, productos farmacéuticos elaborados para atender

prescripciones médicas de pacientes en particular. Dosis individualizadas (unidosis) y nutriciones artificiales de administración parenteral y enteral. Con miras a la preparación de antineoplásicos cuando la unidad de quimioterapia entre en funcionamiento.

5.2. Recursos tecnológicos

En relación con la disponibilidad de recursos tecnológicos para garantizar la adecuada prestación de todos los servicios descritos anteriormente, PROINSALUD cuenta con equipos de imágenes diagnósticas tales como, mamógrafo, ecografía en general, ecógrafos para cardiología no invasiva, ecografía obstétrica 3d y 4d, tomógrafo, equipos de radiología convencional. Software de digitalización y transferencia de imágenes.

Una **plataforma tecnológica** para el manejo de historias clínicas sistematizada para todos los servicios de consulta externa, hospitalización, cuidado intensivo, quirófano con los módulos completos, puntos de acceso remoto en las sedes de consultorios médicos y en el Departamento. A través de esta plataforma se transfieren además imágenes diagnósticas y reportes de laboratorio.

Para el proceso de facturación se cuenta con el software SIIGO y SIMA con todas las licencias de funcionamiento y con soporte técnico para las unidades funcionales. Se cuenta con una matriz de seguimiento al proceso de facturación por cada cliente estableciendo metas de venta con el fin de controlar los ingresos.

La infraestructura de equipos tecnológicos y las redes de transmisión de datos son propias. Tanto la información médica como administrativa se encuentra debidamente respaldada en dos servidores y una copia de seguridad se elabora a diario en la nube.

Igualmente, PROINSALUD cuenta con un grupo de personal (26 orientadores) de **Apoyo logístico** dispuesto a colaborar en la atención integral de los usuarios, para mantenimiento de infraestructura y aseo (área de servicios generales), lavandería, mensajería, confección de insumos y consumibles quirúrgicos.

A lo anterior se suma la **Óptica PROINSALUD** que brinda servicios de atención en optometría y la entrega de insumos para oftalmología como lentes, gafas, lentes de contacto, etc. También se encarga de la dispensación de equipos de fonoaudiología.

Conjuntamente, cuenta con los equipos de **tecnología biomédica** adecuados para llevar a cabo la prestación de servicios, microscopios quirúrgicos, torres de laparoscopia, equipos de energía para procedimientos, equipo general y especializado para cada una de las diferentes cirugías ofertadas. Consultorios especializados de oftalmología, retinología, endoscopia, laringología, y colposcopia. Equipos de laboratorio clínico, microbiología, química sanguínea y hematología. Se cuenta con Ingeniero biomédico para el mantenimiento de los equipos y con empresas externas para la calibración de estos. Cada equipo cuenta con su hoja de vida y cronograma de mantenimiento preventivo.

5.3 El talento humano

La nómina es de 692 empleados (533 asistenciales, 159 administrativos) que laboran en la Clínica, tanto en el área asistencial y de apoyo como administrativos, en las diferentes sedes. El valor de la nómina es de \$1,202.925.868 mensuales y el pago de prestaciones asciende a \$ 525.000.000. El 100% de los funcionarios reciben inducción, se realiza la evaluación del desempeño del 95% de los funcionarios logrando evaluaciones del 90%. El sentido de pertenencia es de un 66 % y el 63 % de los trabajadores considera que el cargo es acorde a sus conocimientos, habilidades y competencias. No obstante, la empresa ofrece

diversas oportunidades de crecimiento personal y profesional a través de capacitaciones, especializaciones, maestrías, etc. El 42% de los funcionarios consideran que la institución permite capacitarse para mejorar sus oportunidades laborales.

5.4. Propiedades plantas y equipos

Lo relacionado con este rubro se encuentra representado por la sede de la clínica, terrenos y construcciones en curso. El valor total de los recursos disponibles es de \$24.576.000 millones. En equipos médicos el valor asciende a \$8.232.000. En 2016, se realizaron inversiones en mejoramiento de la infraestructura de quirófanos, central de esterilización y el reforzamiento estructural de la clínica.

Todo lo anteriormente descrito permite establecer unas ventajas competitivas institucionales que representan sus factores críticos de éxito, entre las cuales están:

1. Es una Organización sana financieramente cuyos ingresos operacionales ascienden a \$ 61.528 millones con un crecimiento del 3,27% anual y una utilidad neta de 2.409 millones con rentabilidad del 25,5 %.
2. Posee un alto nivel de satisfacción de las necesidades y expectativas tanto de sus usuarios como de sus clientes internos. Esto, evidenciado a través de encuestas de satisfacción (95 % satisfacción). Por su parte, los clientes internos consideran que existe buen ambiente laboral en un 62%.
3. Se han realizado importantes inversiones en la modernización de la infraestructura y tecnología (se invirtieron \$901 millones en actualización de quirófanos y \$423 millones en reforzamiento y adecuación de nuevas áreas en la clínica)

4. Implementación del sistema de gestión de calidad de acuerdo con los requisitos NTC IS 9001 expedidos por ICONTEC. PAMEC a través de la ruta crítica Pautas indicativas de auditoría para el mejoramiento de la calidad.
5. Responsabilidad social a través de los programas de seguridad y salud en el trabajo, reporte de accidentes laborales, gestión de bioseguridad, gestión de cuidado osteomuscular, gestión de radiaciones ionizantes.
6. Posicionamiento alcanzado en el Departamento de Nariño (presencia y red de servicios). Múltiples reconocimientos a la empresa:
 - CERTIFICADO NACIONAL AGUILA (Instituto de Calidad y prestigio Guadalajara México).
 - Mejor IPS en Nariño (Consejo Municipal de Pasto).
 - ICONTEC miembro de la organización ISI certificado gestión de calidad, Galardón solidaridad 2009 por contribuir a la promoción y trabajo solidario, en el desarrollo social, económico y cultural de la región.
7. Control en el gasto en farmacia, a través de licitaciones para compra de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos, favoreciendo contención de costos, mejorando ingresos por ventas y disminución de inventarios.
8. Presencia en la mayoría de los municipios y una coordinación central.
9. Captación y búsqueda para la afiliación de los usuarios ya sea en su sitio de vivienda (campañas voz a voz, perifoneo, brigadas) más que el traslado a centros urbanos.
10. Servicios con calidad en ciudades intermedias y pueblos supervisados por la dirección general.

11. Transparencia en la gestión a través de servicio al cliente y trabajo social.

Todo lo anterior le permitiría en corto tiempo (alrededor de un año), consolidarse como el líder en la prestación integral de servicios de salud para los docentes y beneficiarios del Magisterio de Nariño.

La gerencia de PROINSALUD con base en la situación de la compañía mostró ante la junta directiva la propuesta para presentarse al nuevo contrato FIDUPREVISORA año 2.016 con el fin de prestar servicios al 100 % del departamento (incluyendo Costa Pacífica) a pesar de las nuevas condiciones desfavorables del contrato (rentabilidad 2,5%, inclusiones en el plan de beneficios de nuevos servicios y exclusión de recobros por alto costo, salud ocupacional y promoción y prevención)

Perspectivas y recomendaciones

Después de realizar el Análisis de las capacidades y cuáles son los recursos tanto disponibles como necesarios para la consecución del nuevo contrato se tienen las siguientes consideraciones:

1. Es necesario fortalecer la infraestructura con la finalidad de aumentar el número de camas disponibles para la atención de la población del Magisterio y otras EPS contratadas teniendo en cuenta que el nuevo contrato incrementa la población perteneciente a la zona pacífica.
2. Terminar la configuración para ofertar el servicio de oncología adecuando la infraestructura para el desarrollo de la unidad de cancerología donde se realizará toda la quimioterapia (en promedio 152 tratamientos mensuales) y manejo de pacientes oncológicos.

3. Ampliación del servicio de urgencias, si bien es cierto que se dispone de un servicio completo, la capacidad instalada es insuficiente para la atención requerida.
4. Para el año 2019 ser una IPS acreditada. El programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad, PAMEC está orientado al cumplimiento de los estándares del Sistema único de Acreditación
5. Aprovechar el posicionamiento y la experiencia en el Departamento logrando satisfacer las necesidades de los usuarios.
6. Fortalecer el talento humano en cuanto a especialidades y subespecialidades para generar continuidad en los procesos de atención para la satisfacción de los usuarios.
7. Iniciar el programa de cambio de tecnología biomédica.
8. Ampliar el portafolio de servicios de la Clínica ofertando servicios y especialidades escasas en el departamento. Logrando una ocupación de dichos servicios al 60 % para incrementar ingresos y reconocimiento en el Departamento.

Por otra parte, como el nuevo contrato es global y se atenderá población del a zona pacífica se hace necesaria la solicitud de una nueva sede en Tumaco que cumpla con las normas de habilitación en infraestructura y talento humano requeridas para ofrecer el servicio de la manera adecuada, con la finalidad de lograr los resultados de satisfacción esperados.

II. Notas de docencia/enseñanza

7. Propósito pedagógico del caso

Este caso pretende generar un espacio de construcción de ideas relacionadas con planeación estratégica y la gestión del riesgo en empresas del campo de la salud, orientado a estudiantes de pregrado y posgrado aplicando los diferentes conceptos vistos a lo largo de la formación del MBA de la PUJ.

7.1 Conceptos relacionados y marco teórico

7.1.1 Planeación estratégica

A través de las estrategias de crecimiento, las empresas intentan incrementar y fortalecer sus operaciones bien sea mediante el incremento de sus productos y/o servicios o mediante la ampliación de los mercados que atiende. (García, 2013) Esta estrategia se ha concebido desde el análisis de la ventaja competitiva de la empresa en relación con la capacidad que posee de atender un mercado específico en este caso los usuarios del Magisterio entendiendo también la calidad en la prestación del servicio como elemento de ventaja competitiva. Para esto, PROINSALUD comprendió la necesidad de identificar, evaluar y desarrollar las capacidades centrales de la organización. Todo lo anterior va de la mano con una gestión adecuada del riesgo (Macko & Tyszka, 2009).

Para el caso de PROINSALUD El modelo de atención de prestación estuvo basado en “servicio con calidad humana” con el objetivo de romper barreras. Fue así como los contradictores y opositores fueron posteriormente los más ávidos defensores. El recurso humano fue el factor de éxito que ha permitido la continuidad de la empresa.

7.1.2 Gestión del riesgo

La gestión del riesgo tiene en cuenta el entendimiento, el análisis y el direccionamiento de este con el objetivo de que las organizaciones alcancen sus objetivos. Por lo anterior, debe ser proporcional a la complejidad y tipo de organización involucrada. Este es un enfoque que debe ser aplicado en el establecimiento de todas las empresas con el objetivo de identificar eventos potenciales que puedan interferir con el desempeño de la misma (Institute of Risk Management, 2016). Para nuestro caso, desde su inicio, PROINSALUD estuvo consciente de la importancia que tiene para el éxito de la gestión, entender el entorno desde todas sus perspectivas para realizar un correcto análisis que permitiera alcanzar los objetivos planteados desde su inicio.

Por otra parte, el riesgo estratégico es aquel impacto actual o futuro en los ingresos y capital que podría surgir de las decisiones adversas de negocios, la aplicación indebida de las decisiones, o la falta de capacidad de respuesta a los cambios de la industria. En el caso de la salud es posible apreciar claramente su aplicación ya que la gestión del riesgo permite hacer uso adecuado de los recursos en salud, a través de un método en el que sistemáticamente se revisan las debilidades de las empresas del campo de la salud, en donde se busca proteger los recursos de los prestadores de servicios. En el proceso de la gestión del riesgo en salud usualmente de manera sistemática, se llevan a cabo los siguientes pasos: Identificación del riesgo, cuantificación del riesgo, reducción del riesgo y manejo financiero (Bernstein J, 1983).

- Identificación del Riesgo: En este paso se hace necesario identificar los costos relacionados con la atención en salud, costos directos: Insumos médicos, costos de

mantenimiento de instalaciones y talento humano, además de los costos indirectos como incapacidades, reentrenamiento de personal, entre otros. En el caso de PROINSALUD, a finales del año 1995, cuando mediante la creación de la jefatura de planeación, pudieron identificar los factores que les eran desfavorables en el modelo de contratación de ese entonces.

- Cuantificación del Riesgo: En esta fase se debe evaluar el nivel del riesgo en la empresa, esta deberá establecer las medidas para gestión del riesgo y así tomar acciones para la sostenibilidad.
- Reducción del riesgo: Una vez los riesgos han sido identificados se debe formular un plan estratégico para el control y reducción de estos.
- Manejo Financiero: En este paso la empresa deberá crear un plan de manejo para que el presupuesto pueda continuar con el plan estratégico planteado de acuerdo con el riesgo.

8. Plan de enseñanza

8.1 Asignaturas a las cuales aplica el caso

El presente caso de estudio podría estar enmarcado en la siguiente asignatura, que puede estar ubicada tanto en Pregrado como en Postgrado dependiendo de la forma en que se presenten los objetivos de acuerdo con lo que plantea la Taxonomía de Bloom:

1. *Estrategia de crecimiento organizacional y gestión del riesgo*, teniendo como temas: Conceptos básicos en estrategias organizacionales y Gestión del riesgo en empresas.

8.2 Objetivos

Los objetivos del presente caso son:

- Identificar la historia y estructura del sistema de salud y del magisterio en Colombia y en el Departamento de Nariño.
- Analizar la estrategia de crecimiento organizacional de PROINSALUD para lograr ofertar servicios de salud de alta calidad.
- Reportar las actividades realizadas para realizar la gestión de riesgo en PROINSALUD de acuerdo con los desafíos encontrados.

9. Preguntas centrales de discusión

Pregunta 1 Planeación estratégica: Con base en la lectura del caso, ¿cuáles considera que fueron los aspectos más relevantes que usted destacaría de los que fueron empleados como estrategia para el crecimiento organizacional (objetivos, entorno) de PROINSALUD. Podría citar algunos autores que avalen su respuesta.

R://

La estrategia (del griego *strategeia*, el arte del general en la guerra), (Aguilar, 2005) consiste en llevar a cabo una acción que le permita mantener o mejorar su actual posición frente a la acción de sus competidores en el sector a que se pertenece, para obtener el mejor rendimiento sobre la inversión realizada y posibilitar el crecimiento y desarrollo. Es factible entender la estrategia como el mapa que orienta a la organización, los planes estratégicos son frecuentemente relacionados con ese mapa, independientemente si es correcto o no, siempre que brinde seguridad a los directivos y muestre claridad en las metas. Por lo tanto “es posible afirmar que si la empresa se queda esperando el mapa

adecuado perderá, pero si los planes se ponen en marcha de alguna forma encontrará el camino”(s.p) (Weick 1990)

Las acciones que deben llevarse a cabo para formular una estrategia empresarial son:

- Conocer las oportunidades que brinda el entorno en el cual actúa la empresa; acción que fue realizada por PROINSALUD desde sus comienzos cuando a través de análisis pudo establecer las características particulares de su entorno.
- Interiorizar las fortalezas y debilidades que posee la empresa; esta acción se vio reflejada al momento de realizar la reunión para su planeación estratégica.
- Aprovechar las oportunidades que le ofrece el mercado y conocer las amenazas existentes.

Al mismo tiempo, se establece que una estrategia está compuesta de elementos esenciales tales como metas, políticas y programas. Las primeras, es decir los objetivos, representan el punto de llegada de lo que finalmente será alcanzado, las políticas tienen que ver con el entendimiento de los parámetros o lineamientos que delimitan la actuación en la búsqueda de esos objetivos, y los programas son la secuencia coordinada de acciones que permitirán alcanzar eficientemente las metas.

(Mintzberg, 1987) propone dudar de la capacidad de los altos directivos para prescribir estrategias efectivas en el aislamiento del ámbito de la gerencia y asociar a la estrategia como una actividad artesanal, la cual necesita conservar el vínculo y atención por parte de quienes están involucrados. El autor argumenta, que debido a la complejidad del mundo no es tan factible hacer predicciones, por lo tanto, la estrategia es un proceso constante y adaptativo en el que se mezclan la concepción y la implementación. Este autor también

hace referencia a la importancia de aspectos como la ubicación, diferenciación, elaboración, ampliación y reconsideración (redefinir el negocio o una nueva orientación) a la hora de establecer la planeación estratégica de la empresa. A lo largo del caso vemos como la empresa determina la población a atender. Amplía su portafolio de servicios y al final de artículos se pregunta si debe continuar con dicho modelo.

En su libro Five Ps For Strategy plantea 5 definiciones de estrategia a conocer, las cuales podemos identificar en el caso leído. En el texto original, en inglés, las cinco “P’s” de referencia corresponden a: Plan, Ploy, Pattern, Position y Perspective. A continuación, se plantea la siguiente tabla en la que se aplica el concepto de las cinco Ps para PROINSALUD.

Plan (conjunto de criterios para afrontar una situación que implica la racionalización y proyección consciente de las acciones)	Plan estratégico (metas básicas de una empresa a largo plazo (Chandler 1991))	Prestación descentralizada de los servicios.
Patrón	Maniobras para que se lleve a término el plan	Procedimiento para entrega de medicamentos a pueblos (cadena de suministro)
Pauta	Forma de comportamiento en el curso de las acciones de una organización	El usuario no debe desplazarse de su lugar de residencia para recibir atención
Posición	La empresa y el entorno (actual)	Servicios de salud al magisterio
Perspectiva	La empresa y el entorno, cursos de acción hacia el futuro	Nuevos contratos

Tabla 1. 5 P's para estrategia de PROINSALUD

Por otra parte, Peter Druker citado por García 2013, definió la administración por objetivos, la cual es una técnica de dirección con base en el principio de alcanzar resultados, definiendo previamente cuál es el objetivo que se pretende, mediante la planeación y el control de actividades. La misión de la empresa es aquello que se desea lograr independiente de los cambios en el mercado. El autor, asevera que se requieren gerentes que analicen la situación presente y que la cambien en caso de ser necesario; lo que implica que se debe tener una visión de los recursos con que se cuenta y de los que se debería tener. PROINSALUD definió una visión al constituirse como empresa y a través del tiempo, diseñó un plan para alcanzar dicha visión; definió también claramente sus objetivos a través de metas financieras claras (conservar la viabilidad), estratégicas (se toma o no se toma el nuevo contrato) y a través de la gerencia fortaleció su posición competitiva y empresarial (reforzamiento estructural, nuevas unidades funcionales). Adicionalmente, este mismo autor establece que debe haber participación en todos los niveles de la empresa (gerente y personal) el gerente establece los objetivos el personal toma parte activa en el proceso, evitando que el personal niegue su cooperación. En el caso de PROINSALUD, la Junta Directiva definió estrategias para tomar el contrato, (que es una de las formulaciones de la Administración por objetivos) y a cada uno de dichos objetivos se encaminó el esfuerzo a través de la creación de unidades funcionales. (personal)

Asimismo, fueron elaboradas guías de manejo y procesos que, según el autor, es la elaboración de planes de acción para alcanzar los objetivos y acuerdos entre la gerencia y los subordinados. Una vez elaborados se pusieron en práctica (planes de acción) y periódicamente son revisados y se proporciona retroalimentación (gestores en salud). El logro

del objetivo se refuerza por medio de recompensas al personal con base en su desempeño (planes de carrera, capacitaciones)

El estudiante podría entonces responder a las siguientes preguntas (según Peter Druker):

1. ¿Cuál es el negocio?
2. ¿Quién es el cliente?

Por otra parte, podría ser capaz de definir si el objetivo por el cual fue creado PROINSALUD fue alcanzado, recordando que el objetivo representa todo aquello que los fundadores luchan por alcanzar y las condiciones deseadas por los individuos que se desempeñan para tal fin. “PROINSALUD elaboro un plan de carrera” “con un alto sentido de pertenencia”. Chris Argyris(1957), en su obra Personalidad y Organización; expone el conflicto existente entre el sistema y los individuos resaltando la idea de que las empresas que son más productivas son aquellas en las que los objetivos de la empresa y los de los individuos están fuertemente integrados. Como se puede ver, la estrategia empresarial es la búsqueda de un plan de acción que permita desarrollar ventajas competitivas en toda empresa para lograr crecimiento armónico y la expansión de sus mercados, a fin de enfrentar a la competencia con políticas de costo, calidad y diferenciación de sus productos. Teniendo esto en consideración es que la empresa PROINSALUD elabora su plan de acción con un claro sentido de diferenciación de sus servicios.

Porter 1987, citado por (García, 2013) define un modelo en el que describe cinco fuerzas (o recursos) que posee una empresa para desarrollar sus capacidades esenciales para competir en el mercado, estas fuerzas establecen el poder de negociación de la empresa frente a variables como competidores actuales y potenciales, proveedores, sustitutos y clientes.

Para el caso de PROINSALUD se han tomado en consideración estos aspectos relacionados con este modelo.

1. Barreras de entrada: con el posicionamiento de PROINSALUD en el tiempo le otorgó una ventaja competitiva sobre probables competidores. PROINSALUD con los recursos financieros obtenidos a través del tiempo ha logrado ampliar el mercado (atención a la sierra y la costa nariñense)
2. Acceso a canales de distribución: PROINSALUD entendió que un servicio brindado a sus usuarios cerca de su sitio de residencia producía mayor satisfacción. Se requirió de un gran esfuerzo como tarea inicial, pero con el tiempo se convirtió en una barrera de entrada para posibles competidores ya que la escasez de mano de obra calificada impide el crear una red tan amplia de atención como la descrita en el caso.

PROINSALUD opta adicionalmente por una diferenciación de los servicios que ofrecen al comprador (magisterio) el brindar atención con calidad le permite transmitir un alto valor a el servicio brindado. Logrando mantener una cuota del mercado a un precio relativamente bajo incrementando la rentabilidad.

Si bien es cierto que la estrategia debe dimensionarse desde diferentes aspectos, es importante diagnosticar acertadamente la situación actual de la empresa para poder planear de cara al futuro. Dicho diagnóstico permite conocer los aspectos internos y externos de la empresa y con ellos es posible definir el accionar en el tiempo, anticipando el futuro, así como analizar las situaciones cambiantes que se deberá afrontar. Muchos investigadores y asesores empresariales han establecido criterios para diagnóstico de las condiciones en que se encuentra la empresa para poder implementar estrategias aplicables; una gran mayoría utilizan matrices que expresen, por un lado, las

oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades y por otro los elementos cambiantes del mercado a través del tiempo.

El análisis FODA es una metodología de estudio de la situación de una empresa, que analiza sus características internas (debilidades y fortalezas) y la situación externa (amenazas y oportunidades) es una matriz de 4 cuadrantes. Para conocer la situación real en que se encuentra una empresa y estar en condiciones de planificar su estrategia futura.

Fortalezas	Debilidades
Elementos internos que permite sustentar la ejecución de un plan	Elementos internos donde se presentan áreas con niveles insatisfactorios o inexistentes
Oportunidades	Amenazas
Elementos externos que pueden influir positivamente en el plan de negocios	Elementos externos que pueden influir negativamente al éxito.

Tabla 2. Elementos de matriz FODA

Una vez realizado dicho análisis se pueden determinar las ventajas competitivas de la empresa que permite elaborar estrategias a emplear más conveniente. En función de sus características propias y de las del mercado en que actúa.

Fortalezas	Debilidades
✓ Capacidad directiva	✓ Liquidez
✓ Plan de carrera	✓ Menores ingresos
✓ Tecnología propia	✓ No estar ajustados a normas actuales de construcción.
✓ Propiedades plantas y equipo	

Oportunidades	Amenazas
✓ Mercado más amplio (la costa nariñense)	✓ Nuevos competidores
✓ Nuevas unidades funcionales.	✓ Illiquidez por no pago por parte de FIDUPREVISORA

Tabla 3. Matriz FODA aplicada a PROINSALUD

Después de aplicada la matriz se debe determinar la estrategia a emplear no sin antes tener presente los hechos y eventos externos que pueden tener alguna relación con la empresa, estos podrían ser:

1. Legales (impuestos)
2. Legislación (laboral, descentralización)
3. Político (estabilidad, sistema de gobierno)
4. Económicas (salarios, precios)
5. Social (empleo y desempleo)
6. Tecnológico (cambios en los sistemas)

Los factores mencionados pueden tener influencia sobre la empresa para el logro de sus objetivos (PROINSALUD desarrollo un software propio) ya que suelen presentarse hechos en el ambiente (nuevo contrato con nuevas características) que representen una buena oportunidad a ser aprovechada o una situación que represente una amenaza para la empresa (menores ingresos por el nuevo contrato)

Para la implementación de una estrategia, es necesario elaborar un plan que defina los objetivos a alcanzar, dicha elaboración depende de la capacidad de su equipo directivo (Junta Directiva) su estructura funcional y su cultura empresarial.

La planeación estratégica debe traducir la misión, visión y estrategia de una empresa en resultados tangibles; fomentando la participación y el compromiso de todos los niveles con el fin de hacer realidad los esfuerzos. Se puede hablar entonces de la estrategia como un plan global que integre metas y políticas de la empresa, a través de un orden coherente de las acciones.

La planificación estratégica es entonces desarrollar la estrategia, para lo cual debe caracterizarse el mercado al cual se pertenece y caracterizar también como es el comportamiento general del mismo. Entonces, para el caso de PROINSALUD tendremos que: El sector salud se caracteriza mundialmente por tener altos costos en la prestación de los servicios y continuos incrementos, a pesar de los esfuerzos que se realice para controlarlos. El incremento en los costos no puede explicarse por mejoría en la calidad. Hay una amplia e inexplicable diferencia en costos y calidad entre proveedores a lo largo de diferentes áreas geográficas.

El incremento en los costos tiene múltiples explicaciones en las diferentes cadenas de valor presentes en la prestación de los servicios (incremento del costo de honorarios, costos de hospitalización, insumos y medicamentos). Por otra parte, la escasez del recurso calificado incrementa el precio de atención sin mejorar la calidad y los planes de atención limitan la entrada de nuevas tecnologías ya que el plan paga un valor fijo por atención independiente del tipo de patología. Los factores previamente mencionados se presentan en el caso como desventajas competitivas (en el departamento de Nariño). Una vez identificados, vemos que

existen algunas soluciones (descritas por Porter) y que se ven aplicadas como estrategia en el caso PROINSALUD.

La empresa crea guías de manejo que permiten mejorar el diagnóstico y tratar enfermedades específicas. Porter, citado por (García, 2013) define la necesidad de que el prestador de un servicio ayude al suscriptor a identificar alternativas de tratamiento para mejorar los pronósticos. Debe facilitarse el conocer cuándo y dónde está el apropiado prestador para un cuidado con calidad (contratos fuera del departamento para algunas patologías)

Adicionalmente, el autor asegura que se debe definir un objetivo correcto para el modelo de atención. PROINSALUD establece como modelo “calidad con optimización de recursos”. (calidad por cada dólar gastado en el tiempo)

Una correcta forma de competencia (crear valor a nivel de incrementar la eficiencia y mejorar pronósticos) permitiendo el acceso a los usuarios a nuevas especialidades y adquiriendo nuevas tecnologías.

Un mercado adecuado (competencia local) (en las sedes regionales se realizaba la toma de muestras y se centralizaba su lectura en Pasto)

Incentivos adecuados para los colaboradores (alianzas estratégicas con centros de salud y privados). Como hemos visto a lo largo de este caso, la estrategia planteada por PROINSALUD aborda diversas esferas y teorías de estrategia empresarial.

Pregunta 2 Gestión del riesgo:

Durante el desarrollo del contrato con FIDUPREVISORA, fueron detectados múltiples riesgos en la prestación del servicio. ¿Podría describir a través de la estrategia de gestión de

proyectos cómo fueron identificados esos riesgos y cuáles cree usted que fueron los recursos (si los hubo) empleados para mitigar dichos riesgos?

R://

La gestión del riesgo incluye los procesos para llevar a cabo la identificación, análisis, planificación de respuesta y control de los riesgos. Se deben hacer todos los esfuerzos por aumentar la probabilidad y el impacto de eventos positivos y disminuir la probabilidad y el impacto de los eventos negativos.

Según el Project Management Body of Knowledge (PMBOK) en donde se describen las buenas prácticas para la gestión de proyectos, el riesgo es “un evento o condición incierta que, de producirse tiene un efecto positivo o negativo en uno o más de los objetivos del proyecto” (s.p). En el caso PROINSALUD un riesgo detectado fue el incremento de los beneficiarios sin incrementar el número de afiliados (sin incremento de la UPC por afiliado). Otro riesgo durante el contrato final fue el tiempo de gestión del mismo que produjo retrasos en los giros por parte de FIDUPREVISORA.

Las condiciones de riesgo pueden incluir aspectos del entorno de la organización que contribuyan a poner en riesgo el proyecto, tales como la dependencia de participantes externos fuera del ámbito del control de la empresa o del proyecto (el contrato depende de FIDUPREVISORA).

Los riesgos tienen su origen en la incertidumbre que está presente en todos los proyectos. Los riesgos conocidos son aquellos que han sido identificados y analizados, lo que hace posible planificar respuesta para tales riesgos. Como ejemplo en el caso PROINSALUD que elaboró guías de manejo para disminuir la incertidumbre en la atención a los usuarios. A los riesgos conocidos que no se pueden gestionar de manera proactiva se les debe asignar una

reserva para contingencias. En el nuevo contrato de PROINSALUD se obliga a la empresa a tener una mesada para contingencia. Por el contrario, los riesgos desconocidos no se pueden gestionar de manera proactiva y por lo tanto se les puede asignar una reserva de gestión. Un riesgo negativo que se ha materializado se considera un problema. En este caso, al no lograrse el nuevo contrato con FIDUPREVISORA, las mesadas mensuales fueron retrasándose y se produjo problemas de liquidez. El riesgo global del proyecto representa el efecto de la incertidumbre sobre el proyecto en conjunto “ la rentabilidad del nuevo contrato sería del 2,5 %. La mitad de la rentabilidad del contrato anterior”

Las organizaciones perciben el riesgo como el efecto de la incertidumbre sobre los objetivos del proyecto y de la organización. Las organizaciones y los interesados están dispuestos a aceptar diferentes niveles de riesgo, en función de su actitud frente al riesgo. El proyecto (el contrato) puede aceptarse si los riesgos se encuentran dentro de las tolerancias y están en equilibrio con el beneficio que puede obtenerse al asumirlos. Los riesgos positivos que ofrecen oportunidades dentro de los límites de la tolerancia al riesgo se pueden emprender a fin de generar un mayor valor. A manera de ejemplo: se debe brindar atención a la población de la costa pacífica para acceder al nuevo contrato.

Para cada proyecto debe desarrollarse un enfoque coherente en materia de riesgos y la comunicación sobre el riesgo y su gestión debe ser abierta y honesta “ la Junta Directiva identificó los riesgos y creo la junta de planeación con el propósito de iniciar planes de auditoría y gestión” esto permite afirmar que la respuesta a los riesgos muestra el equilibrio que percibe una organización entre asumir y evitar los riesgos, por lo que para que una empresa tenga éxito, debe comprometerse a abordar la gestión de riesgos de manera proactiva y consistente a lo largo de todo su proyecto ya que el riesgo puede existir desde el momento

mismo del inicio. El avance en un proyecto sin un enfoque proactivo de la gestión de riesgos es probable que dé lugar a un mayor número de problemas, como consecuencia de las amenazas no gestionadas. (alta rotación de personal por problema en pago de salarios)

El beneficio clave de la planificación de la gestión de riesgos es que se asegura que el nivel, el tipo y la visibilidad de la gestión de riesgos son acordes tanto con los riesgos como con la importancia del proyecto para la organización. El plan de gestión de riesgos es vital para comunicarse y obtener el acuerdo y el apoyo de todos los interesados a fin de asegurar que el proceso de gestión sea respaldado y llevado a cabo de manera eficaz a lo largo del ciclo de vida del proyecto.

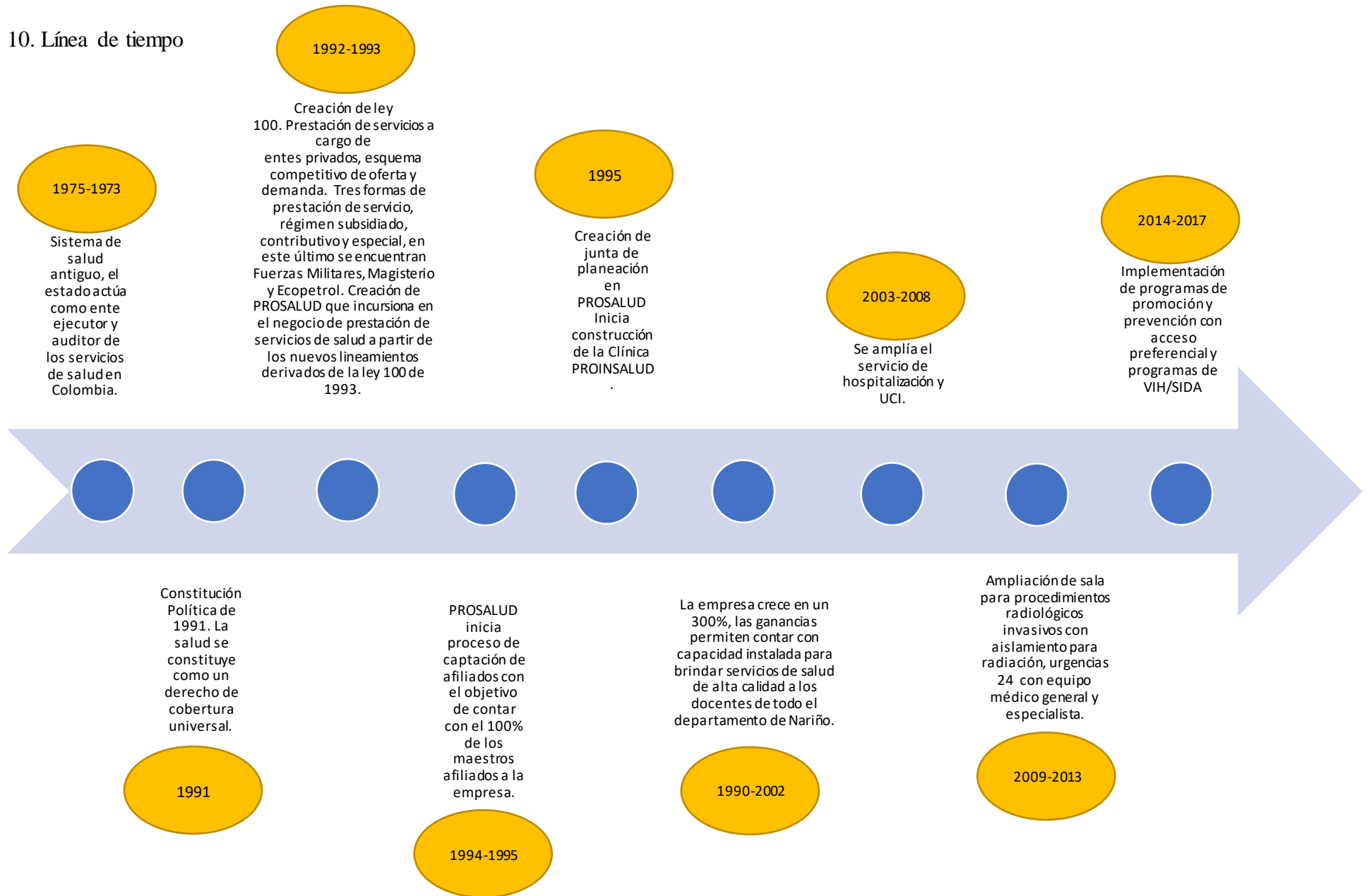
Las técnicas y herramientas para analizar el riesgo se utilizan para entender y definir el contexto general del mismo, siendo el contexto una combinación entre las actitudes de los interesados frente al riesgo y la exposición al riesgo estratégico de un determinado proyecto. Por ejemplo, en el contrato con el Magisterio el plan de beneficios no tiene límites en cuanto a servicios y medicamentos ofertados. Una vez identificado este riesgo y sobre su evaluación, se pueden asignar los recursos adecuados y centrarse en las actividades para gestionarlo. En este caso de estudio mediante la elaboración de guías de manejo institucionales.

Al realizar la identificación del riesgo, se establece cuáles son los aspectos que pueden afectar un proyecto y se documentan sus características, lo que permite anticiparse a la ocurrencia de eventos que puedan afectar negativamente la consecución de los objetivos de la empresa.

Identificar los riesgos es un proceso reiterativo debido a que pueden evolucionar o se pueden descubrir nuevos riesgos conforme el proyecto avanza a lo largo de su ciclo de vida. Debe existir un formato para asegurar que cada riesgo se comprenda a fin de poder llevar a

cabo un análisis y un desarrollo de respuestas eficaces. Para el caso de PROINSALUD la adquisición del nuevo contrato requería ampliar la capacidad instalada por lo cual convenía apropiarse recursos para dicho propósito. Adicionalmente, se debe involucrar a un equipo de trabajo que mantenga el sentido de propiedad y responsabilidad por los riesgos y las acciones de respuesta asociadas. Este aspecto fue decisivo en el modelo de PROINSALUD ya que se ha considerado que sin el apoyo del recurso humano no se hubiese alcanzado el éxito de la empresa.

10. Línea de tiempo



11. Bibliografía

Aguilar, J. (2005). Modelos de acción organizacionales en la construcción de capacidades empresariales. *Cuadernos de administración* 18, 87-102.

Banco Mundial. (1993). Informe Sobre el Desarrollo Mundial Washington: Banco Mundial

Bernstein J. (1983). Handling health costs by reducing health risks. *Personnel Journal*, 62, 82.

Bolis, M. (2002). Legislación y equidad en salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, 444-448.

Centro de Investigaciones para el Desarrollo. (2008). Niveles de complejidad y Actividades de la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad (F. d. C. Económicas, Trans.): Universidad Nacional de Colombia.

Congreso de la República de Colombia. (1989). *Ley 91 de 1989*.

García, A. (2013). *Estrategias empresariales Una visión holística*. Bogotá: Bilineata.

Ley 100 de 1993 (1993).

Diario del Sur. (1992a) *Diario del Sur* (Vol. 3).

Diario del Sur. (1992b). Crisis de la salud de los maestros en el departamento

El Tiempo. (1993). Empezó mal el año, *El Tiempo*

Gómez-Arias, R. D., & Nieto, E. (2014). Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31, 733-739.

Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53, s144-s155.

Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 991-1001.

Institute of Risk Management. (2016). What is Risk Management? Retrieved 03/20/2017, from <https://www.theirm.org/the-risk-profession/risk-management.aspx>

Jiménez Barbosa, W. G. (2009). El derecho a la salud una búsqueda inacabada para la sociedad colombiana. *Revista EAN*, 107-120.

Macko, A., & Tyszka, T. (2009). Entrepreneurship and Risk Taking. *Applied Psychology: An International Review*, 58(3), 469-487. doi: 10.1111/j.1464-0597.2009.00402.x

- Merlano-Porras, C. A., & Gorbanev, I. (2013). Health system in Colombia: A systematic review of literature. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24), 74-86.
- Ministerio de Educación Nacional. (2010). *El Servicio de Salud para el Magisterio*. Retrieved from http://www.mineduacion.gov.co/1759/articles-190216_archivo_pdf_salud.pdf.
- Mintzberg, H. (1987). The strategy concept I: Five Ps for strategy. *California Management Review*, 11-24.
- Muñoz Cordero, L. (2003). *Historia de PROSALUD 1992-2002*.
- Muñoz E, I. F., Londoño, B. E., Higueta H, Y., Sarasti, D. A., & Molina M, G. (2009). La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27, 142-152.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). ¿Qué es un sistema de salud? Retrieved 01/12/2016, from <http://www.who.int/healthsystems/about/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). ¿Cómo define la OMS la salud?
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud*. Washington.
- Rivera H., Ceballos M., Higueta C., Gómez C., & Floréz JA. (2012). Perdurabilidad empresarial: caso sector empresas sociales del Estado (ESES), hospitales de nivel II de complejidad.
- Rocha Buelvas, A. (2010). Antecedentes históricos de la seguridad social en salud: parte de la construcción de un país sin memoria. *Revista CES Odontología*, 23(1), 67-70.
- Sojo, A. (2000). *Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica*.
- Wikipedia. (2017). Licitación. from <https://es.wikipedia.org/wiki/Licitaci%C3%B3n>
- Wolke, T. (2017). *ProQuest Ebook Central*. Obtenido de <http://ebookcentral.proquest.com/lib/bibliojaveriana-ebooks/detail.action?docID=5144613>
- Yepes Luján, F. J., & Sánchez Gómez, L. H. (2000). La reforma del sector de la salud en Colombia: ¿un modelo de competencia regulada? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8, 34-35.
- Zarama Medina, A. Nariño Estadístico 1992-1993 Gobernación de Nariño. Pasto.