

**PROPUESTA DE INTEGRACION DE DOS HOSPITALES PARA HACER MÁS
PRODUCTIVAS LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO, ESE EN PALMIRA.**

**Harold Obdulio Rodríguez Villalobos
Rafael Ruiz Millán**

**Trabajo de Grado para optar por el Título de
MAGISTER EN ADMINISTRACION CON ENFASIS**

**Director del Trabajo de Grado:
Cesar Omar López, Ph.D.**

**UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONOMICAS
Santiago de Cali, Mayo de 2012**

RESUMEN

Este trabajo pretende evidenciar las falencias actuales que se tiene en la prestación del servicio de salud en Palmira y en los resultados financieros obtenidos por los hospitales públicos, además evaluar las posibles soluciones desde el punto de vista operativo y financiero para generar una institución pública más eficiente financiera y operativa.

Utilizando la información financiera y de producción de los dos hospitales, se encontró que ambos hospitales tienen una oportunidad inadecuada en la prestación del servicio, no realizan los procesos administrativos adecuadamente, tienen pérdidas operacionales y no han logrado construir una ventaja competitiva que los lleve a sostenerse en un futuro mediano, las altas cargas administrativas los hacen ineficientes. Para ello se hará un análisis interno, el análisis con base en las cinco fuerzas de Porter y el método de robustez. Con ello se logra seleccionar las posibles estrategias que la administración municipal deberá utilizar para mejorar la productividad de las instituciones, la más viable es la fusión, ya que esta generará economías de escala, optimizar la planta de cargos a las necesidades reales de la organización, reordenar el modelo de prestación de servicios, conformar redes integradas de servicios que harán más eficiente la prestación de servicio desde el punto de vista financiero y mejorar el proceso de atención en salud.

TÉRMINOS CLAVES

- ✓ Robustness Analysis: método cualitativo y cuantitativo para el diseño y selección estratégica en los negocios. Involucra decisiones secuenciales, evalúa la flexibilidad de cada decisión y evalúa el grado de fortaleza (robustez) y debilidad de la decisión.
- ✓ Análisis de turbulencia: es un análisis prospectivo de las variables que rodean la organización, tanto de sector como del entorno general.
- ✓ Tasa libre de riesgo: Rendimiento de los títulos de deuda soberana

- ✓ Costo del capital: costo promedio ponderado de la estructura de capital, mínimo rendimiento de una inversión
- ✓ Sector: donde participan un grupo de empresas que producen o prestan un servicio que son sustitutos

ABSTRACT

This work tries to demonstrate the current failings that are had in the service of health in Palmira and in the financial results as the public hospitals and to evaluate the possible solutions from the operative and financial point of view to generate a more efficient public financial and operative institution.

Using the financial information and of production of the hospitals, one thought that both hospitals have an inadequate opportunity in the service, they do not realize the administrative processes adequately, have operational losses and have not managed to construct a competitive advantage that leads them to being supported in a mediate future, high administrative loads that make them inefficient and using the methodology of internal analysis, analysis with base in five forces of Porter and the method of hardiness, I achieve to demonstrate that of the possible strategies that the municipal administration uses to improve the productivity of the institutions, the most viable it is the merger, since this one was generating economies on a large scale, to optimize the plant of charges to the royal needs of the organization, the model of provision of services reorders, to shape integrated networks of services that will make the service more efficient from the financial point of view and to improve the process of attention in health.

KEY TERMS

- ✓ Analysis of Robustness. Qualitative and quantitative method for the design and strategic selection in business. Involves sequential decisions, evaluates the flexibility of each decision and evaluates the degree of strength and weakness of the decision.
- ✓ Analysis of turbulence: A prospective analysis of the variables surrounding the organization, both industry and the general environment.
- ✓ Risk free rate: Yield on sovereign debt.

- ✓ Cost of Capital: Weighted average cost of capital structure, minimum investment return
- ✓ Sector: That involves a group of companies that produce or provide a service that substitutes.

TABLA DE CONTENIDO

	PAG.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
1. PROBLEMA DE INVESTIGACION	3
1.1. Formulación del problema.	3
2. OBJETIVOS	4
2.1. Objetivo general	4
2.2. Objetivos específicos.	4
CAPITULO II	
3. MARCO REFERENCIAL	5
3.1. MARCO CONTEXTUAL	5
3.1.1. Contextualización situación hospitales en Palmira	5
3.1.2. Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira	6
3.1.3 Hospital San Vicente de Paúl, ESE	6
3.2. MARCO TEORICO	7
3.2.1. Referentes teórico	7
CAPITULO III	
4. METODOLOGIA	
4.1. Análisis interno de las ESE,s	11
4.2. Análisis de las debilidades de la cadena de valor de los hospitales	17

4.3. Procesos claves en la prestación del servicio.	20
4.4. Procesos claves en la facturación del servicio	20
4.5. Perfil de las 4 vs	21
4.6. Análisis externo de los hospitales	24
4.6.1. Análisis del sector salud (con base a las 5 fuerzas de Porter)	24
4.6.1.1. Rivalidad entre competidores	24
4.6.1.2. Poder negociador de los proveedores.	25
4.6.1.2.1. Características generales de los proveedores	25
4.6.1.3. Poder negociador compradores de servicios asistenciales	26
4.6.1.3.1. Características generales de los clientes	26
4.6.1.4. Empresas que ofrecen productos sustitutos	26
4.6.1.4.1. Características generales de los sustitutos	26
4.6.1.5. Nuevos actores potenciales	27
4.6.1.5.1. Características generales de competidores potenciales	27
4.7. Robustness Analys para tomar la mejora alternativa	31
4.8. Escenario financiero, proyección estado de resultados para la Integración.	37
5. CONCLUSIONES	40
6. RECOMENDACIONES	42
7. BIBLIOGRAFIA	44
8. GLOSARIO Y ABREVIATURAS	45

LISTA DE TABLAS

	PAG.
Tabla No. 1. Facturación por Entidad Hospital San Vicente de Paúl Palmira.	11
Tabla No. 2. Facturación por Entidad Hospital Raúl Orejuela Bueno Palmira.	11
Tabla No. 3. Producción de servicios (HROB) 2009 – 2011	12
Tabla No. 4. Producción de servicios (HSVP) 2009 – 2011	12
Tabla No. 5. Análisis financiero y presupuestal Hospital San Vicente de Paul .	13
Tabla No. 6. Análisis financieros de Hospital Raúl Orejuela Bueno.	15
Tabla No. 7. Análisis prospectivo a tres años del hospital (análisis estratégico).	28
Tabla No. 8. Categorización.	33
Tabla No. 9. Rangos.	34
Tabla No. 10. Tabla de resultados.	35
Tabla No. 11. Proyección de la propuesta para 3 años.	27
Tabla No. 12. Beta apalancada.	
Tabla No. 13. Periodos.	38

LISTA DE GRAFICOS

PAG.

Grafico No. 1. Perfil de las 4 vs.	21
Grafico No. 2. Diagrama polar de los dos hospitales (en forma conjunta).	22
Grafico No. 3 Diagnostico de la capacidad 2011.	29
Grafico No. 4 de decisiones secuenciales.	32
Grafico No. 5 Grafico de resultados.	35

INTRODUCCION

Actualmente existen dos (2) Empresas Sociales del Estado (ESE) en Palmira, el Hospital Raúl Orejuela Bueno (HROB) de nivel I y el Hospital San Vicente de Paul (HSVP) de nivel II que pertenecen al municipio, los cuales frente a la situación actual de la Ley 100 y sus reformas (Ley 1438), no funcionan como una red de prestación de servicios articulada, lo cual genera pérdida de competitividad frente a los otros actores del sistema en la ciudad, dada la universalización del aseguramiento de la salud en Colombia.

Estas ESEs, presentan unas estrategias para su funcionamiento que compiten entre sí, por los usuarios y servicios, tienen una estructura administrativa que se duplica en los niveles superiores, poseen servicios que tienen subutilización, no tienen oportunidad adecuada en la prestación del servicio, no cumplen los indicadores de salud, el proceso de facturación es ineficiente, esto conlleva a que el proceso de atención a los usuarios es deficiente y pérdidas operacionales significativas.

Con el presente trabajo se pretende evaluar las condiciones actuales y futuras de las ESEs de Palmira, para que la Administración Municipal tenga herramientas que lo lleven a tomar la mejor decisión del futuro de las instituciones, en términos de prestación de servicios de salud y productividad financiera.

Con el presente trabajo se pretende evaluar la viabilidad de integrar los dos hospitales, que se hará mediante el análisis de las variables del “ambiente amplio” entre las cuales están variables: políticas, económicas, demográficas, culturales, tecnológicas, etc., la evaluación del ambiente específico (sector) en la cual se hará una caracterización y análisis de las fuerzas que afectan el sector salud. Luego se hará un análisis interno de cada hospital, donde se evaluará la estructura financiera, mercado que atiende, composición de ese mercado y la estructura administrativa

que prevalece y finalmente mediante el método de análisis de robustez se definirá la estrategia mas adecuada a implementar.

En concreto se evaluara la mejor alternativa estratégica para mejorar la productividad financiera y la prestación de servicios de salud, los cuales se pueden optimizar y ampliar, formulando una estrategia de negocio única para las dos entidades, con el criterio de optimizar la oportunidad en la prestación del servicio ampliando coberturas y articulando el nivel I y II de manera efectiva y prepararse para competir en la zona geográfica de manera exitosa ante las clínicas privadas.

Para el presente trabajo se presentaron limitaciones en la obtención de la información del HROB, por negación de los funcionarios a la probable fusión de las ESE, s

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

La Red de Salud Pública de Palmira Valle cuenta con el HSVP y el HROB que tienen su mercado concentrado en el régimen subsidiado, el HSVP compite por contratar los servicios de nivel I de esta población y quitarle mercado al HROB y este por prestar los servicios ambulatorios de nivel II que son rentables sin asumir los costos de los servicios de urgencias que genera costos fijos altos para el HSVP, adicionalmente la oportunidad en la prestación de servicios en el nivel I y II no es la mejor, hay subutilización de los servicios y pérdida de competitividad frente a las otras instituciones de salud del municipio que están penetrando el mercado de régimen subsidiado.

Existe deficiencias en el personal de ambas instituciones en cuanto a conocimiento de sus funciones y entrenamiento en su labor por la influencia política en la selección, atraso tecnológico para implementar sistemas en red en todas las sedes de los hospitales, disminución de productividad de los servicios asistenciales por falta de control administrativo, dificultades en la liquidez del HSVP que afecta la prestación del servicio en el nivel II y deficiente cobertura del HROB en los puestos de salud generando congestión en los servicios de urgencias. Con base en lo anterior se dará respuesta en el presente trabajo al siguiente interrogante:

¿Cuál sería la mejor opción estratégica para hacer más productivos los dos hospitales del municipio y lograr la sostenibilidad de la Red Pública de Salud del Municipio de Palmira Valle?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la mejor opción estratégica para hacer más productivos los dos hospitales del municipio y lograr la sostenibilidad de la Red Pública de Salud del Municipio de Palmira Valle.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar la situación actual de los dos hospitales en términos de: Cobertura, oportunidad en prestación de servicios.
2. Determinar la situación financiera de los dos hospitales en cuanto a: composición de sus ingresos, presupuestal e indicadores de productividad
3. Analizar el comportamiento futuro de las variables del ambiente externo donde operara la nueva IPS
4. Evaluar las alternativas estratégicas para mejorar la productividad de los dos hospitales, a través del método de Robustness Analys.
5. Proyectar los servicios ofertados y el Estado de Resultados esperado.
6. Determinar la viabilidad financiera de la propuesta

CAPITULO II

3. MARCO REFERENCIAL

3.1. MARCO CONTEXTUAL

3.1.1. Contextualización situación hospitales en Palmira

Palmira tiene una población total de 296.619 habitantes, de los cuales 238.136 se encuentran en la zona urbana y 58.436 en la zona rural, esta población está dividida por 152.916 mujeres y 143.703 hombres. Cuenta con dos (2) Hospitales Públicos, el Hospital Raúl Orejuela Bueno que brinda los servicios de primer nivel de complejidad para todo el municipio y el Hospital San Vicente de Paúl que presta los servicios de segundo nivel de complejidad a Palmira y cinco (5) municipios del Sur Oriente del Valle del Cauca, que en total tienen 578.000 habitantes.

La distribución de las coberturas de aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) está compuesta por la siguiente distribución, el 2,1% de la población está catalogada como pobre no asegurada que equivale a 6.122 personas, 1,1% es catalogada como población en calidad de desplazamiento forzoso que equivale a 3.214 personas, el 2,2% de la población se encuentra con subsidios parciales lo que es equivalente a 6.556 personas, el 38,5% está cubierta con subsidios totales del régimen subsidiado, lo anterior equivale a 114.258 personas y el 56,1% se encuentra en el régimen contributivo que equivale a 166.469 habitantes.

Existen tres (3) clínicas particulares para atender el nivel II que están concentradas en el régimen contributivo, la legislación vigente ordena que el 60% del gasto en salud del régimen subsidiado sea con las ESE,s del sitio de residencia y hoy Palmira destina \$ 3.000 millones mes a ese régimen, de lo cual deberían facturar las ESE,s \$ 21.600 millones y solo facturan \$ 19.000 millones y dejan de facturar \$ 2.600 millones año, sin contar con la atención del nivel II de los municipios aledaños que son cerca de 278.000 personas que también deben generar ingresos a las ESE,s.

3.1.2. Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira

El HROB, cuenta con cuatro (4) centros de salud y treinta y cuatro (34) puestos de salud ubicados en el área urbana y rural del Municipio y una sede principal ubicada en el Barrio “La Emilia”, se presta servicios de salud ambulatorios con una duración de doce (12) Horas, se prestan los servicios de urgencias con observación, Hospitalización, atención del parto y del recién nacido, Laboratorio Clínico, Rayos X con una duración de veinticuatro (24) Horas. Para prestar servicios al 43,9% del total de la población de Municipio durante el año 2.011, es decir la población asignada al Hospital es de 135.244 personas del área de influencia.

3.1.3. Hospital San Vicente de Paúl, ESE

El Hospital San Vicente de Paúl de Palmira cuenta con las siguientes especialidades: Anestesiología, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría, Ortopedia y Traumatología, Oftalmología, Urología, Otorrinolaringología, Dermatología, Psicología, Optometría, Nutrición y Dietética,

Rehabilitación en Terapia física, Respiratoria, Ocupacional y Lenguaje. Servicios de urgencias las 24 horas.

El Hospital San Vicente de Paúl Palmira ESE cuenta con una sede ubicada en el norte de la ciudad, en un sitio de fácil acceso, Consulta Externa con 29 consultorios médicos, odontológicos y de enfermería al igual que salas para la atención de servicios de rehabilitación tanto física como respiratoria y de lenguaje. El servicio de urgencias consta de 4 consultorios médicos, zona de procedimientos, sala de yeso, sala de resucitación, 9 camas y 35 camillas de observación, 68 camas de hospitalización, cuatro quirófanos y consultorio de admisión partos y 1 sala de atención de partos.

3.2. MARCO TEORICO

3.2.1. Referentes teórico

De acuerdo con Porter, las estrategias permiten a las organizaciones obtener una ventaja competitiva por tres motivos: el liderazgo en costos, la diferenciación y el enfoque. Porter las llama estrategias genéricas.

Las estrategias de Porter implican diferentes arreglos organizativos, método de control y sistema de incentivos. Las empresas grandes que cuentan con mayor acceso a recursos, suelen competir con base en un liderazgo en costos y/o diferenciación. Por su parte, las pequeñas empresas con mucho menor acceso a recursos suelen competir basadas en su enfoque.

Porter subraya que los estrategas deben realizar un análisis de costo-beneficio a fin de evaluar si las unidades de negocios de una empresa, presentes o futuras

tienen oportunidad de compartir, declara que la posibilidad de compartir actividades y recursos aumenta la ventaja competitiva porque abarata costos o aumenta la diferenciación, además aconseja que se comparta ya que las empresas deben ser muy buenas para transferir capacidades y experiencias entre las unidades autónomas de negocios, para así conseguir la ventaja competitiva.

Son diferentes estrategias, dependiendo de factores como el tipo de industria, el tamaño de la empresa y la naturaleza de la competencia a las que pueden brindar ventaja en el liderazgo en costos, la diferenciación y el enfoque.

Para Humberto Serna Gómez, Porter le da *“al tema puede desglosarse en diez factores claves. Los resultados de un análisis competitivo pueden utilizarse para posicionar estratégicamente la firma con respecto a sus competidores reales y potenciales”*.

Entre los diez factores se destacan: Tasa de crecimiento potencial; Amenazas de entrada; Intensidad de la rivalidad; Presión de productos sustitutos; Poder de negociación de los compradores clientes; Poder de negociación de los proveedores; Refinamiento tecnológico de la industria; Innovación; Capacidad directiva; Presencia pública (Poder), que ayudan a determinar las estrategias y la posición de la empresa en un sector determinado.

Por otra parte, el direccionamiento estratégico según Humberto Serna Gómez

Servirá de marco de referencia para el análisis de la situación actual de la compañía, tanto internamente como frente a su entorno. Es responder a las preguntas: ¿dónde estábamos?; ¿dónde estamos hoy?

Para ello, es indispensable obtener y procesar información sobre el entorno, con el fin de identificar allí oportunidades y amenazas, así como sobre las condiciones, fortalezas y debilidades internas (alineación estratégica) de la organización. El análisis de oportunidades y amenazas, mediante el análisis

de Turbulencia esperada, lo cual permitirá a la organización definir los escenarios futuros esperados para después definir las estrategias para aprovechar sus fortalezas. También revisar y prevenir el efecto de sus debilidades, anticiparse y prepararse para aprovechar las oportunidades y prevenir oportunamente el efecto de las amenazas.

El diagnóstico estratégico incluye, por tanto, la auditoría del entorno, de la competencia, de la cultura corporativa y de las fortalezas y debilidades internas.

En la realización del análisis externo comprende muchas variables que pueden intervenir. Por ello, en su identificación y estudio es indispensable priorizar cada uno de los indicadores o variables definiéndolos en términos de su importancia y del impacto en el éxito o fracaso de una organización. El análisis estratégico debe hacerse alrededor de factores clave (keyfactors), con el fin de localizar el análisis y no entorpecerlo con demasiado número de variables. Las metodologías para realizar el diagnóstico estratégico son muy amplias y variadas.

La planeación trata con las perspectivas de las decisiones actuales. Esto quiere decir, que la planeación estratégica observa la cadena de consecuencias de las causas y efectos durante un tiempo, relacionada con una decisión real o intencionada que tomará el gerente. Si a éste no le agrada la perspectiva, la decisión puede cambiarse fácilmente. La planeación estratégica también observa las posibles alternativas de los cursos de acción en el futuro y al escoger algunas de ellas se convierten en la base para tomar decisiones presentes. La esencia de la planeación estratégica, consiste en la identificación sistemática de las oportunidades y amenazas que surgen en el futuro, las cuales combinadas con otros datos importantes proporcionan la base para que una empresa tome mejores decisiones en el presente para aprovechar las oportunidades y evitar las amenazas.

También a Varela Villegas para el análisis técnico, para determinar la posibilidad de ofrecer los servicios con calidad, en qué cantidad y el costo requerido; identificar las tecnologías, procesos, proveedores.

Varela nos habla en la Estructura Administrativa de las características necesarias para el grupo empresarial y para el personal del negocio, las estructuras y estilos de dirección, los mecanismos de control, políticas de Administración y participación empresarial.

En Ortiz Anaya se tomará como base para realizar un completo análisis financiero donde se determine en primera instancia la situación actual de los dos hospitales y luego se evalúa la proyección de la integración del nuevo negocio.

También Oscar León García, hace aportes importantes con respecto a la definición de la estructura de capital, el costo de esa estructura, a través de la costo promedio ponderado del capital ($Wacc$) y explica la metodología de cómo determinar la tasa de retorno del inversionista.

CAPITULO III

4. METODOLOGIA

4.1. ANÁLISIS INTERNO DE LAS ESE,S

Tabla No. 1 Facturación por Entidad Hospital San Vicente de Paúl Palmira.

ENTIDAD	2007	2008	2009	2010	2011	%
Pobre Vulnerable	7.639.508.238	7.540.401.432	6.945.130.361	8.016.098.110	5.082.254.856	32
Régimen Subsidiado	3.482.098.292	5.119.170.254	6.405.351.340	8.731.842.390	9.152.029.009	57
SOAT	1.159.831.790	1.023.036.266	1.204.788.346	1.207.844.403	966.476.640	6
Régimen Contributivo	221.746.867	277.547.672	859.316.279	755.841.413	692.497.790	4
Otros	285.044.840	270.935.371	284.972.242	306.336.019	163.841.569	1
TOTAL	12.788.230.027	14.231.090.995	15.699.558.568	19.017.962.335	16.057.099.864	100

Fuente: Informe de Facturación HSVP.

Tabla No. 2 Facturación por Entidad Hospital Raúl Orejuela Bueno Palmira.

ENTIDAD	2007	2008	2009	2010	2011	%
Pobre Vulnerable	2.971.607	2.894.324	2.939.802	3.468.419	3.452.384	25
Régimen Subsidiado	8.513.794	8.292.376	8.422.673	9.937.185	9.891.243	73
SOAT	30.926	30.122	30.595	36.097	35.930	0,3
Régimen Contributivo	73.893	71.972	73.103	86.247	85.849	0,6
Otros	132.057	128.960	130.986	154.539	153.825	1,1
TOTAL	11.722.358	11.417.494	11.596.896	13.682.177	13.618.921	100

Fuente: Informe de Facturación HROB.

Como se observa en las dos tablas anteriores (1y2), ambas entidades dependen sus ingresos de la atención a la población con afiliación al régimen subsidiado ó al ente territorial (sin ninguna afiliación a seguridad social) que se espera que sea 0 en

el año 2013, por lo tanto es imperativo que sean socios estratégicos en la atención para ser competitivos y no les penetren este mercado.

Tabla No. 3. Producción de servicios (HROB) 2009 - 2011

Tabla Producción de servicios (HROB) 2009 – 2011				
Indicador	2008	2009	2010	2011
Nro. Funcionarios plan de cargos.	69	70	70	70
Nro. Camas	17	17	17	17
Nro. Egresos	953	1266	1647	2190
% Ocupacional	40,8	48,5	59,1	78,5
Promedio día estancia	1,9	2,1	2,2	2,2
Giro Cama (egresos/cama)	21,7	22,7	26,9	35,8
Consultas Externas	82,54	97,568	118,392	139,702
Urgencias	35,962	36,056	33,667	39,727
Cirugías	0	0	0	0
Partos	278	210	203	239
Valoraciones odontológicas	9,847	10,61	11,495	12,564

Fuente: Informe de Facturación HROB.

Tabla No. 4. Producción de servicios (HSVP) 2009 - 2011

Tabla Producción de servicios (HSVP) 2009 – 2011				
Indicador	2008	2009	2010	2011
Nro. Funcionarios plan de cargos.	198	198	198	198
Nro. Camas	68	68	68	68
Nro. Egresos	6,778	7,224	7,456	7,508
% Ocupacional	76,33	84,21	81,38	77,48
Promedio día estancia	3,1	3,24	3,31	3,28
Giro Cama (egresos/cama)	8,31	8,85	9,14	9,2
Consultas Externas	63,717	68,283	72,556	66,707
Urgencias	44,953	51,989	40,092	32,366
Cirugías	4,096	4,311	4,114	3,862
Partos	2,146	2,261	2,022	1,927
Valoraciones odontológicas	5,806	4,174	5,022	7,113

Fuente: Informe de Facturación HROB.

El análisis de la producción de servicios (tablas 3y4) se encuentra que hay servicios que prestan ambas instituciones, que no tienen la oportunidad deseada por los usuarios, que se compiten en algunos casos por ellos, que la estrategia de

conformación de redes debería definir roles en cada entidad, potenciarse entre ellas y así generaría una mejor prestación de servicios a los habitantes de Palmira y los municipios; el HSVP se dedica exclusivamente al nivel II y lo propio el HROB al nivel I; operar buscando economía de escalas, mejoras en la prestación del servicio, generando una mejor oportunidad e impactando eficazmente la salud de los palmiranos.

Tabla No. 5. Análisis financiero y presupuestal Hospital San Vicente de Paul

ANALISIS FINANCIERO DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL, PARA 5 AÑOS					
PERIODOS	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
INGRESOS CORRIENTES	12.804.043	15.246.368	16.274.782	19.009.596	17.214.607
COSTO DE VENTAS	11.620.335	10.798.407	12.902.901	14.196.646	14.189.282
UTILIDAD BRUTA	1.183.708	4.447.961	3.371.881	4.812.950	3.025.325
MARGEN BRUTO	9,2%	29,2%	20,7%	25,3%	17,6%
VARIACION MARGEN BRUTO					
GASTOS DE ADMINISTRACION	30%	27%	36%	26%	30%
GASTOS TOTALES	3.783.574	4.182.787	5.796.135	4.982.292	5.127.911
UTILIDAD OPERATIVA	2.599.866	265.174	2.424.254	169.342	2.102.586
MARGEN OPERACIONAL	-20%	2%	-15%	-1%	-12%
VARIACION UTILIDAD OPERATIVA		-110%	814%	-93%	-1142%
EBITDA:	2.447.807	473.470	1.239.925	389.465	941.364
DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES	152.059	208.296	1.184.329	558.807	1.161.222
MARGEN EBITDA	-19%	3%	-8%	2%	-5%
EFICIENCIA MARGINAL (Incremento en Vtas)		1,17	2,62	0,82	1,08
VARIACION EN LOS INGRESOS:					
VARIACION ABSOLUTA	0	2.442.325	1.028.414	2.734.814	1.794.989
VARIACION RELATIVA	0,0%	19,1%	6,7%	16,8%	-9,4%
VARIACION COSTOS Y GASTOS PERIODOS:					
VARIACION EN COSTOS EN PESOS	0	821.928	2.104.494	1.293.745	7.364
VARIACION EN GASTOS EN PESOS	0	399.213	1.613.348	813.843	145.619
VARIACION EN COSTOS EN PORCENTAJE	0%	-7%	19%	10%	0%
VARIACION EN GASTOS EN PORCENTAJE	0%	11%	39%	-14%	3%
REQUERIMIENTOS EN CAPITAL DE TRABAJO:	-16,0%	-13,5%	34,7%	14,0%	6,0%
CAPITAL DE TRABAJO NETO OPERATIVO	2.043.172	2.064.501	5.654.966	2.656.235	1.035.568
PALANCA DEL CRECIMIENTO	1,20	0,23	0,22	0,15	0,91
RENTABILIDAD DEL ACTIVO NETO(Ran):	-78%	7%	-73%	-5%	-69%
ACTIVOS NETOS OPERACIONALES:	1.069.496	1.280.509	9.242.474	5.971.356	4.068.064
CAPITAL DE TRABAJO NETO OPERATIVO	2.043.172	2.064.501	5.654.966	2.656.235	1.035.568
ACTIVOS FIJOS NETOS	3.112.668	3.345.010	3.587.508	3.315.121	3.032.496
UODI					
PRODUCTIVIDAD DE LOS ACTIVOS	0,93	1,15	0,80	1,03	0,86

Fuente: Elaboración de los Autores

El análisis financiero del Hospital San Vicente de Paul, que aparece en la tabla 5, el cual tiene indicadores de productividad y rentabilidad arroja los siguientes resultados: Los ingresos del hospital crecieron los cuatro años de análisis, en el 2008 19,1%, 6,7% en 2009, 16,8% en 2010 y decrecieron en -9,4%. Pero lo grave del asunto fue que los ingresos disminuyeron en mayor proporción que los egresos. Dando como resultado una disminución del margen bruto, en el último año paso de 25,3% a 17,6%, es decir al hospital en el año 2010 le costó cada peso de ventas 74,68 centavos y en el 2011 le costó 82,43 centavos, es decir fue menos eficiente en el manejo de los costos directos de prestar el servicio.

La estructura operativa en el último año fue deteriorada ostensiblemente, ya que los costos burocráticos se incrementaron, dando como resultado una disminución de la misma, en el año 2009 obtuvo una pérdida operativa de \$-2,424254 millones, para el siguiente año mejoro la situación, ya que alcanzó una pérdida operativa de \$ -169,342 millones, en este año hubo un esfuerzo significativo tanto de ingresos como de costos y gastos, pero el ultimo año tuvo un incremento en la pérdida de más del 1000%, llegando a registrar una pérdida operativa de \$ -2,102,586 millones.

Esto también se refleja en el margen operacional si se puede llamar en este caso (cifras negativas) para el año 2008 estuvo con un margen positivo 2% es decir al hospital le costó prestar el servicio, administrar y vender \$98 centavos por cada peso vendido, en los siguientes años prestar el servicio le costó más que lo que le pagaron sus clientes. Para el año 2011 al hospital, en cada pesos de venta perdió 12 centavos es decir lo cobro a \$100 y le costó \$112 centavos.

La eficiencia marginal refleja que el incremento en ventas fue bueno para el hospital con el paso del año 2008 a 2009, ya que la eficiencia marginal fue de 0,82 centavos, es decir que vender una unidad adicional le costó al hospital \$82 centavos, frente a un costo de \$85 centavos por cada peso de ventas en el año anterior. Producto de ello la pérdida operativa fue bastante menor, en el año 2009 fue \$-2,424254 millones y en el año 2010 solo fue \$ -169,342 millones. Para el año 2011

dada una disminución en las ventas, al hospital no le fue mejor, ya que sus costos y gastos marginales decrecieron en una menor proporción que los ingresos, es decir haber dejado de vender una unidad adicional le costó al hospital \$1, 8 pesos, es decir una pérdida de \$8 centavos. En concreto en el último año vendió menos y le costó más.

Crecer con la estructura actual al hospital no le es conveniente, se debe hacer una evaluación profunda tanto de sus costos y gastos operacionales. La palanca de crecimiento nos explica mejor tal situación, en el año 2012 el crecimiento le genera un déficit de caja de \$11 centavos de caja, ya que genera caja negativa, en el 2011, es decir un margen Ebitda de -5% frente un productividad del capital (requerimiento) de 6%. Por lo tanto crecer abrirá una brecha en la caja e implicara un apalancamiento financiero, con un gran riesgo financiero por la imposibilidad de cumplir con el servicio de deuda, ya que no produce ni siquiera utilidad operativa.

Tabla No. 6 Análisis financieros de Hospital Raúl Orejuela Bueno

ANALISIS FINANCIERO DEL HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO, PARA 5 AÑOS					
PERIODOS	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
INGRESOS CORRIENTES	10.802.210	11.417.297	11.596.285	13.681.699	12.484.011
COSTO DE VENTAS	8.980.040	6.909.239	7.891.795	8.009.228	7.411.805
UTILIDAD BRUTA	1.822.170	4.508.058	3.704.490	5.672.471	5.072.206
MARGEN BRUTO	16,9%	51,0%	54,0%	55,0%	55,0%
GASTOS DE ADMINISTRACION	31%	25%	30%	39%	
GASTOS TOTALES	3.305.851	2.880.118	3.472.476	5.345.153	4.775.799
UTILIDAD OPERATIVA	1.483.681	1.627.940	232.014	327.318	296.407
MARGEN OPERACIONAL	-13,73%	14,26%	2,00%	2,39%	2,37%
VARIACION UTILIDAD OPERATIVA	3.111.621	1.395.926	95.304	30.911	
VARIACION UTILIDAD OPERATIVA %		-210%	-86%	41%	-9%
DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES	0	0	0	0	0
EFICIENCIA MARGINAL	0,00	5,06	7,80	0,05	0,03
VARIACION EN LOS INGRESOS:					
VARIACION ABSOLUTA	615.087	178.988	2.085.414	1.197.688	
VARIACION RELATIVA	5,7%	1,6%	18,0%	-8,8%	
VARIACION COSTOS Y GASTOS					
VARIACION EN COSTOS EN PESOS	2.070.801	982.556	117.433	597.423	
VARIACION EN GASTOS EN PESOS	425.733	592.358	1.872.677	569.354	
VARIACION EN COSTOS EN PORCENTAJE	-23%	14%	1%	-7%	
VARIACION EN GASTOS EN PORCENTAJE	-13%	21%	54%	-11%	
REQUERIMIENTOS EN CAPITAL DE TRABAJO:					
TRABAJO:	7,0%	-2,6%	5,3%	11,0%	
CAPITAL DE TRABAJO NETO OPERATIVO	761.378	298.421	613.188	1.501.237	3.160.436
RENTABILIDAD DEL ACTIVO NETO(Ran):	-96%	105%	19%	30%	28%
ACTIVOS NETOS OPERACIONALES:					
CAPITAL DE TRABAJO NETO OPERATIVO	761.378	298.421	613.188	1.501.237	3.160.436
ACTIVOS FIJOS NETOS	1.548.133	1.207.612	1.083.315	1.058.612	1.008.931
PRODUCTIVIDAD DE LOS ACTIVOS	4,68	12,56	6,84	5,34	2,99

Fuente: Elaboración de los Autores

El análisis financiero del Hospital Raúl Orejuela, que aparece en la tabla 6, Los ingresos del hospital crecieron los cuatro años de análisis, en el 2008 5,7%, 1,6% en 2009, 18% en 2010 y decrecieron en 8,8%. ¿Qué paso frente a la productividad? El margen bruto en los últimos tres años estuvo alrededor del 55%, es decir al hospital le costó \$45 centavos el servicio prestado.

La estructura operativa, igual que el margen bruto fue muy parecido, sobre todo en los últimos tres años, alrededor de 2,3%, claro que es importante resaltar que en el año 2007 el margen fue muy superior, 14,2%, es decir a la empresa le costó ofrecer el servicio más en los últimos tres años con un deterioro del margen en 10 puntos porcentuales. En el 2007 al hospital le costaba prestar el servicio, administrar y vender \$86 centavos (margen de 14,3%) en los años finales le está costando

\$97,7 centavos, fue menos eficiente, dado que los costos burocráticos se incrementaron ostensiblemente, por ejemplo los gastos inicialmente pesaban sobre la ventas aproximadamente el 30% al final el 39%, como resultado se obtuvo una utilidad operacional en los últimos tres años así: año 2009 \$232,014, en 2010 \$327,318 y 2011 de \$296.407.

La eficiencia marginal refleja que el incremento en ventas fue bueno para el hospital con el paso del año 2008 a 2009, ya que la eficiencia marginal fue de 0,05 centavos, es decir que vender una unidad adicional le costó al hospital \$95 centavos, frente a un costo de \$98 centavos por cada peso de ventas en el año anterior. Producto de ello la utilidad operativa fue año 2009 fue \$ 232.014 millones y en el año 2010 fue \$327.318 millones. Para el año 2011 dada una disminución en las ventas, al hospital no le fue mejor, ya que sus costos y gastos marginales decrecieron en una menor proporción que los ingresos, es decir haber dejado de vender una unidad adicional le costó al hospital \$1,03 pesos, es decir una pérdida de \$3 centavos. En concreto en el último año vendió menos y le costó más.

La productividad de los activos también fue deteriorándose, ya el comportamiento de este indicador en el año 2009 fue de 6,8 veces roto el activo frente al nivel de ventas, en el 2010 de 5,34 y 2011 2,99, es decir se fue deteriorando la rotación de los activos con el paso del tiempo, ya que crecieron en inversiones tanto en capital de trabajo como en activos fijos en mayor proporción que sus ventas, allí se visualiza lo que se ha venido diciendo en cuanto que la duplicidad en los servicios por parte de los dos hospitales les ha quitado la posibilidad de hacer mejor uso de sus instalaciones.

4.2. ANÁLISIS DE LAS DEBILIDADES DE LA CADENA DE VALOR DE LOS HOSPITALES

Tecnología (-)

1. Historia Clínica Electrónica no esta implementada en el HSVP y en el HROB solo en la sede central y no en los puestos de salud y no esta en red.
2. El HSVP tiene cableado estructural implementado en el 100% de la sede
3. Software diferente en las dos entidades.(ambos buenos)
4. Modulo Historia Clínica Electrónica diferente en las dos sedes pero bueno
5. Hardware insuficiente para la atención de los usuarios
6. Equipos médicos con atraso tecnológico

Infraestructura Física (-)

9. Puestos de salud del HROB con locaciones deficientes.
10. Sede del HSVP con capacidad instalada en número de camas deficiente.
11. Bloque de 4 pisos sin terminar en el HSVP.
12. Reforzamiento estructural del HSVP incompleto (adecuarlo a la nueva norma)

Recurso humano (-)

1. Personal asistencial y administrativo de larga tiempo en la institución
2. Personal nuevo contratado por afiliación política y no por competencias.
3. Personal con bajo sentido de orientación al cliente.
4. Sindicatos en ambas instituciones
5. Contratación de personal a través de CTA
6. Alto numero de personal administrativo mayor a la relación 3:1 administrativo asistencial
7. Alto numero de personal administrativo en el HSVP prejubilable

Abastecimiento (-)

1. Deficiencias en manejo de almacén que generan pérdidas de insumos, lo cual impacta en forma directa el costo.

2. Deficiente manejo de los stocks que genera desabastecimiento de insumos y afecta la prestación del servicio.
3. Compras separadas que no periten obtener economías de escala.

Logística de entrada (-)

1. Proceso de admisiones de los pacientes es deficiente y eso genera glosas en la facturación.
2. Proceso de asignación de citas es manual, dispendioso e ineficiente, colas desde la madrugada por los pacientes.
3. Atención en puestos de salud es ocasional y con horarios muy cortos, lo que obliga a generar usuarios asistan a urgencias, congestionando el servicio y disminuyendo la calidad.

Operación (-)

1. La capacidad instalada es subutilizada a nivel de consulta externa y cirugía.
2. Sobreutilización en Urgencias.
3. Bajo nivel de coordinación entre áreas involucradas, la cual disminuye el tiempo de respuesta y aumento de costo. Temas centrales en la eficiencia operativa.
4. La base de datos no se actualiza dicha información en tiempo real, a través del BDUA (base de datos única de afiliados) lo cual es un motivo de glosas.
5. Personal de facturación que no realiza el proceso de facturación eficazmente y no se puede hacer un cobro oportuno por la prestación del servicio.
6. Sistema de costos inexistente que no le permite cuantificar los costos en la prestación del servicio. Con ello las negociaciones con las EPS se hacen más difícil e incierta en cuanto a los márgenes obtenidos.
7. Prestación de servicios a usuarios que no se facturan a la entidad responsable de pago
8. Sistema de archivo de historias clínicas deficiente, hace que la atención en consulta externa tenga retrasos.

9. Cobro de cartera ineficaz con días de cobro mayor a 180 días.
10. Incumplimiento en reporte de anexos soporte para facturación.
11. Deficiente auditoría de cuentas por área médica previa a la radicación de facturas.
12. Deficiente e inoportuna respuesta a glosas.
13. Deficiente conocimiento personal de facturación.
14. Deficiente Auditoría médica.

Mercadeo y Ventas (-)

1. Baja contratación con entidades diferentes a EPS Subsidiadas.
2. Alta dependencia de ingresos de EPS Subsidiada y Entes Territoriales.
3. Portafolio de servicios estrecho.
4. Desaprovechamiento del mercado del SOAT, a pesar de tener grupo de médicos y sitios múltiples de atención.
5. Desaprovechamiento de la Red de Transporte de pacientes, se tiene 8 ambulancias pero no hacen sinergia entre ellas.

Servicio al cliente (-)

1. Poca cultura excelencia en el servicio, por la obligatoriedad del mercado.
2. No existe un call center

4.3. PROCESOS CLAVES EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

1. Asignación de Citas.
2. Vía telefónica.
3. Facturación el mismo día de la cita.
4. Historia Clínica Electrónica en Red en todos los sitios de atención.
5. Cumplimiento de horario por médicos generales y especialistas

6. Asignación de médicos en centros de salud con buena oportunidad.
7. Apertura de servicios en los centros y puestos de salud que desestimulen uso de los hospitales de manera presencial; ej. laboratorio Clínico, etc.
8. Existencia suficiente de recursos físicos para la atención de los pacientes.
9. Implementación del Sistema Obligatorio de Calidad en Salud.

4.4. PROCESOS CLAVES EN LA FACTURACIÓN DEL SERVICIO

1. Admisión de los pacientes por personal capacitada en validación de derechos y en Resolución 3047 y Decreto 4747.
2. Facturación en línea.
3. Historia Clínica Electrónica.
4. Estandarización de los procesos de facturación en los servicios
5. Revisión previa de factura por auditoría médica.
6. Adecuar los tiempos de radicación de la facturación.
7. Seguimiento a la facturación radicada.
8. Definición de procesos de cobro de la facturación de acuerdo a la ley.

4.5. PERFIL DE LAS 4 VS

1. Volumen: Gran volumen de operación
2. Variedad: Los hospitales tienen mucha variedad en procedimientos y servicios que a su vez son transversales otros productos.
3. Variación de la demanda: Demanda es más o menos constante, ya que es un mercado cautivo con una gran necesidad del servicio.
4. Visibilidad: los tiempos de espera son cortos, alta percepción del cliente sobre el servicio y costos altos por cada unidad de servicio

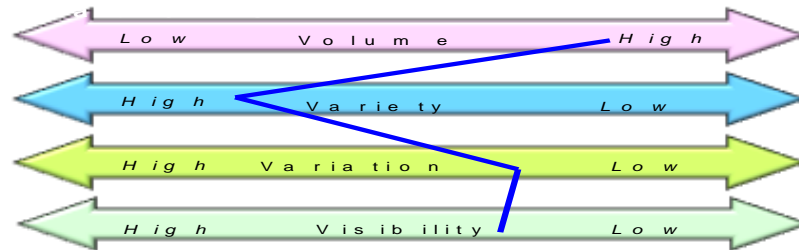


Grafico No. 1. Perfil de las 4 vs.

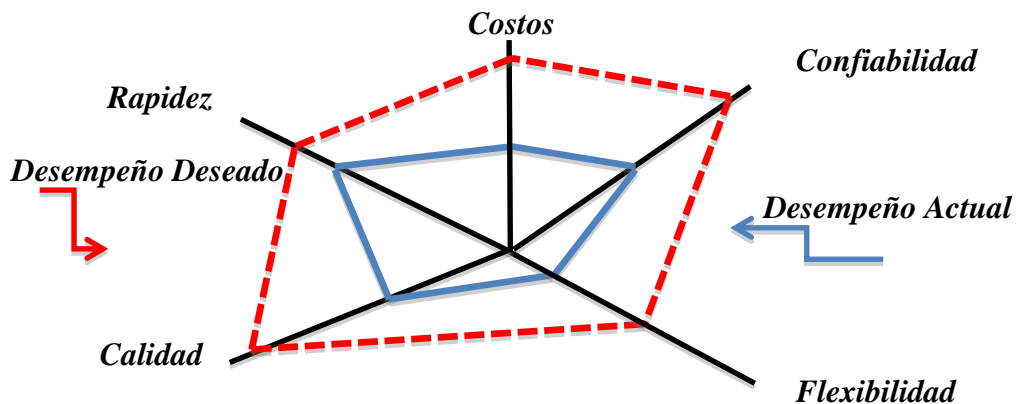


Grafico No. 2. Diagrama polar de los dos hospitales (en forma conjunta)

Análisis del mapa:

El servicio de los dos hospitales tiene el siguiente comportamiento registrado en la figura anterior:

1. La confiabilidad actual en el proceso está en nivel de cumplimiento del 55% a aproximado, específicamente en la respuesta oportuna al tiempo fijado en cada una de las citas, para ello se espera como mínimo un nivel de respuesta, es decir el nivel de confiabilidad 90%. Por lo tanto se espera que de cada 100 citas se tengan 90 en el tiempo definido al paciente.

2. La flexibilidad: del proceso todavía no alcanza niveles con desempeño superior, ya que no se ha logrado unificar diligenciamiento de formatos por parte de los profesionales, esto tiene una grave implicación para los hospitales en cuanto al cobro posterior a la EPS. Por el contrario es necesario volver más parametrizado el proceso, es decir un nivel de estandarización para lograr la eficiencia. Por lo tanto el desempeño deseado debe ser a menos flexibilidad como lo muestra el grafico, cerca del 60%.

3. La calidad alcanzada en los hospitales, es todavía débil, ya que existen reprocesos en la mayoría las actividades. Esto es nefasto para el logro de la eficiencia operativa y el valor entregado al paciente. Es importante aclarar que cada momento de verdad del paciente durante el proceso de cita, atención y entrega de resultado tiene que ser muy cuidadoso de no dejar nada al azar. Hoy se está cerca del 50% y se espera más del 90%.

4. La rapidez de las actividades del proceso están lejos de lograr un score adecuado, es por ello que se debe hacer esfuerzos para mejorar la agilidad, de cada actividad, ya que esto está directamente relacionado con tiempo de respuesta y facturación y sobre todo con la eficiencia, la cual impacta el costo y por ende la productividad general del hospital. Debe ser mayor del 90%

5. Costos, el costo de la prestación de este servicio tiene un grave problema, no está cuantificado de manera precisa, ya que muchos inductores de costo no están

contemplados en la valoración del costo de cada servicio, a demás existen variables de costo que no tienen los controles adecuados. Por el ejemplo la utilización de los insumos en los procesos, el tiempo invertido por cada uno de los profesionales (médicos) ya que algunos se les paga un salario fijo y el tiempo destinado es menor que es el exigido, es decir tienen tiempo ocioso dando como resultado un menor desempeño en la variable costo.

4.6. ANÁLISIS EXTERNO DE LOS HOSPITALES

4.6.1. Análisis del sector salud (con base a las 5 fuerzas de Porter)

4.6.1.1. Rivalidad entre competidores

Características generales del sector:

Existen tres (3) clínicas privadas que atienden el nivel II concentradas en el régimen contributivo y SOAT:

1. Occidente: con cerca de 40 camas que ingreso hace nueve meses asumiendo el manejo de una clínica que tenía dificultades financieras y con capacidad instalada copada dirigida al régimen contributivo y SOAT.

2. Palmira: con cerca de 60 camas con capacidad instalada copada y su nicho es régimen contributivo y SOAT.

3. Palma Real: inicio operaciones hace nueve meses con dificultades por bajos ingresos

En conclusión existe **una alta rivalidad** en el sector, debido que existen costos altos de operación en este tipo de instituciones, como depreciaciones, nomina, servicios públicos, etc. La diferenciación en el servicio es baja y el crecimiento de la población en la zona ha sido casi nulo. También existe una presión por parte de algunas instituciones de participar en negocios que son comunes, Ej: Laboratorio clínico, es decir intereses estratégicos.

4.6.1.2. Poder negociador de los proveedores.

4.6.1.2.1. Características generales de los proveedores:

1. Existe gran numero de proveedores de materias primas que son básicamente Medicamentos, Insumos y Dispositivos Biomédicos que no tiene poder sobre el cliente pero que si es más costoso para el hospital, comparado con las clínicas privadas por los impuestos de Ley y por retraso en los pagos que incrementan el precio, debido al costo de oportunidad (descuento por pronto pago que no toma el hospital) pero esta variable seria menos grave si los dos hospitales pueden generar el suficiente flujo de caja.

2. **El poder negociador del proveedor es bajo**, dado los resultados de las variables de la fuerza. Existen un nivel de concentración bajo por parte de los proveedores del sector (muchos proveedores), lo cual es muy benéfico para las IPS del sector. tampoco existen amenazas creíbles de integración hacia adelante por parte del proveedor, en forma contraria existen algunos aspectos menos relevantes en el sector, los cuales aumentarían la palanca negociadora del proveedor como son: La importancia del hospital para el proveedor en cuanto al nivel de compra, dado que es bajo, dadas las condiciones actuales aunque el volumen comprado

por el hospital es significativo, existe alguna cooperación de los proveedores en cuanto a fijación de precios (señalización de precios) de alguna manera mejora las condiciones en la negociación por parte del proveedor.

4.6.1.3. Poder negociador de los compradores de servicios asistenciales.

4.6.1.3.1. Características generales de los clientes:

1. Son las EPS y tienen poder relativamente alto, ya que colocan la tarifa y como existen más IPS hay guerra de precios y hace que se afecte la industria por esta vía. Existen clientes como las EPS del régimen subsidiado que tienen una gran posición en la negociación, ya que el mayor porcentaje de sus ingresos (46%) en el 2011, es decir casi que su operación depende de los contratos con estas EPS del régimen subsidiado.

2. **El poder negociador de los clientes es alto**, ya que los clientes se encuentran muy concentrados (muy pocos) y son por estas características y por otras razones que colocan las condiciones en el sector, como sus enormes flujos de caja, la posibilidad de integrarse hacia atrás (ya lo hace Coomeva en Palmira) como la construcción de una IPS propia. También el nivel de información es alto, se podría decir que el sistema funciona como un mercado de competencia perfecta en cuanto al acceso a la información de precios, tarifas en los servicios, procedimientos, exigencias legales, etc.

4.6.1.4. Empresas que ofrecen productos sustitutos

4.6.1.4.1. Características generales de los sustitutos:

1. Actualmente existen varios centros que ofrecen productos alternativos para el tratamiento de enfermedades, que en la mayoría de los casos han sido tratados por la medicina tradicional como: la medicina homeopática, acupuntura, la bioenergética, etc.
2. **La amenaza de sustitución es baja**, Aun que existen productos sustitutos para la medicina tradicional, existe una barrera cultural y legal que impide que esta sea considerada como una alternativa eficiente frente a los procedimientos y protocolos seguidos en las Ips actuales.

4.6.1.5. Nuevos actores potenciales

4.6.1.5.1. Características generales de los competidores potenciales:

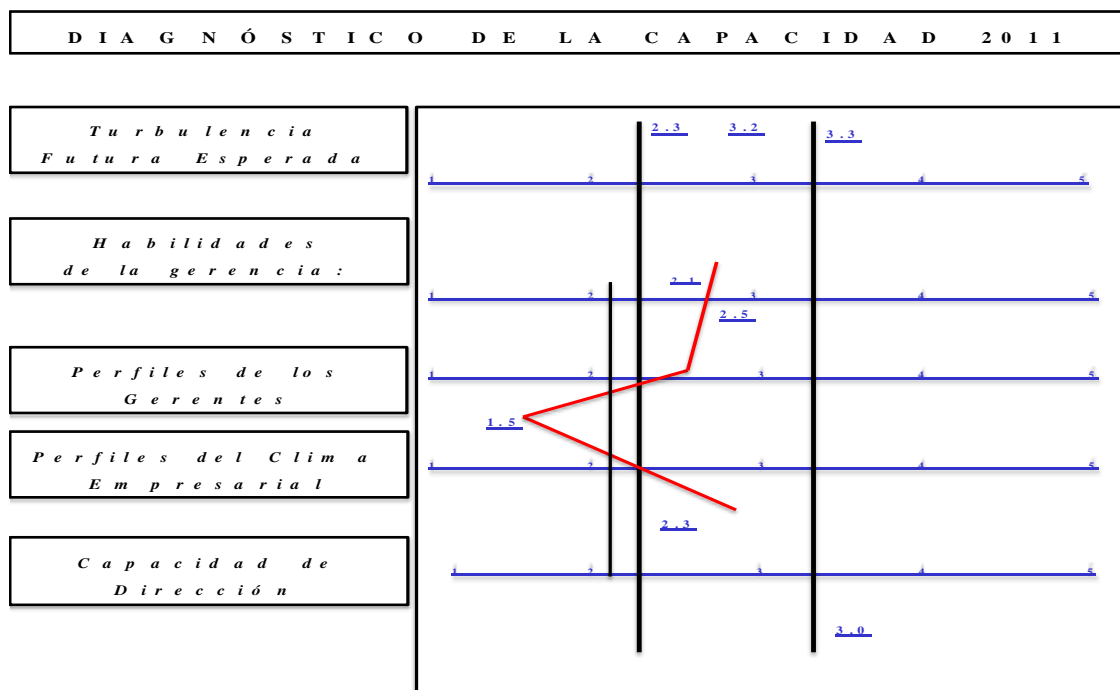
Existen grandes empresas (EPS) haciendo inversiones para integrarse hacia atrás para mejorar su posición competitiva, a través de un mejor desempeño en costos, por la participación en toda la cadena de valor o diferenciarse a través de un mejor control en la prestación del servicio, trato directo con sus clientes, mejor tiempo de respuesta, etc. **La amenaza de potenciales ingresos es baja**, ya que existen altas barreras de entrada al negocio, como son las economías de escala, los requerimientos legales, curva de la experiencia desarrollada por largos años por parte de todos los participantes de este sector.

Tabla No. 7 análisis prospectivo a tres años del hospital (análisis estratégico)

ANÁLISIS DE TURBULENCIA PARA LOS PRÓXIMOS TRES AÑOS										
CARACTERÍSTICAS	REPETITIVA		EN EXPANSIÓN		CAMBIANTE		DISCONTINUA		IMPREVISTA	
	1		2		3		4		5	
Desempleo	Nula	y	Bajo		Moderado	x	Alto		Muy alto	
Crecimiento Económico	Nula		Bajo		Moderado	X	Alto		Muy alto	y
Inflación	Nula	y	Baja	X	Moderada		Alta		Muy Alta	
Devaluación	Nula		Baja	X	Moderada		Alta		Muy Alta	y
Tasas de Interés	Muy Baja		Baja	X	Moderada		Alta		Muy Alta	y
Acceso Tecnológico	Muy Bajo	y	Bajo		Moderado		Alto	X	Muy alto	
Normatividad en la salud	Catastrófica		Desfavorable	y	Moderada		Favorable		Muy favorable	X
Políticas de salud pública	Catastrófica		Desfavorable	y	Moderada		Favorable		Muy favorable	X
Presión de Comunidades	Nula	y	Débil		Moderada		Fuerte	X	Muy Fuerte	
Presión del Gobierno	Nula	y	Débil		Moderada		Fuerte	X	Muy Fuerte	
Presión de Agremiaciones	Nula	y	Débil		Moderada	X	Fuerte		Muy Fuerte	
Incertidumbre Política	Nula		Muy Predecible	y	Certidumbre	X	Poco predecible		Impredicible	
Desplazamiento	Nula	y	Bajo	X	Moderado		Alto		Muy alto	
Corrupción en el sistema	Nulo	y	Bajo		Moderado		Alto	X	Muy alto	
Regulaciones ambientales	Nula		Baja	y	Moderada		Alta		Muy Alta	X
Poder de Negociación de los usuarios	Muy Bajo	y	Bajo		Moderado		Alta		Muy Alta	X
Productos Sustitutos	Nulo		Escasos	X	Aceptable		Muchos		Demasiados	y
Poder de Negociación de los Proveedores	Muy Bajo		Bajo	X	Moderado		Alta		Muy Alta	y
Amenaza de Nuevos ingresos	Nula	X	Escasa		Moderada		Alta		Muy Alta	y
Nivel de Rivalidad	Nula	y	Baja		Medio		Alto		Muy Alta	x
Más probable=x	3,3									
Menos probable=y	2,4									

Fuente: Elaboración de los Autores

Grafico No. 3 Diagnostico de la capacidad 2011.



Fuente: Elaboración de los Autores

El diagnostico de capacidad registrado en grafico 3 presenta el siguiente resultado para los hospitales: Con un escenario de tres años las dos entidades estarán enfrentadas a un nivel de turbulencia que oscila entre cambiante y discontinua, es decir tendrá una dinámica significativa por el comportamiento de algunas variables como:

1. Una economía que estará en crecimiento, con un PIB alrededor del 4,5% en Colombia y al 5,6%, promedio proyectado para América Latina.
2. Un sector con márgenes bajos debido al poder negociador de los clientes (EPS). No hay flexibilidad en las tarifas, por ello la insistencia de mejorar la eficiencia operativa, el cual **es el medio para capturar valor.**

3. Altas barreras para el ingreso de nuevos competidores, lo que en gran medida ocasionara la consolidación del sector, es decir menos actores en el mercado debido principalmente a las políticas del gobierno que buscan la auto-sostenibilidad, lo cual tendrá un impacto negativo en aquellas IPS que no tengan un volumen significativo de operación, **(variable mencionada como critica para generar valor)** esto llevará a la inevitable integración entre las prestadoras del servicio.

4. Un sector que los márgenes de rendimiento se han deteriorado principalmente por dos razones: la crisis del sector salud, debido a la intermediación financiera con los entes territoriales, y el poder negociador de las EPS, las cuales contrata cada vez a tarifas más bajas y con exigencias extras en el servicio. **Implica mayor énfasis en la eficiencia productiva para contrarrestar el poder negociador de los clientes**

5. En concreto el diagnostico de capacidad (ver figura inmediatamente anterior) la empresa presenta un nivel de turbulencia medio, ya que el hospital se moverá en los vectores (ambiente) de expansión y cambiante. Ello implicará que la toma de decisiones por parte de los directivos debe ser mas proactiva, en vez de reactiva, utilizar un tipo de planeación a largo plazo, modificar las estrategias con un **enfoque hacia la productividad, es decir mejorar los procesos en la prestación del servicio, desarrollar economías de escala, y hacerlos más eficientes para disminuir el costo.** El vector de capacidad actual (respuesta) del perfil interno (1.86) no es adecuado como respuesta a las condiciones futuras (niveles de turbulencia) por los siguientes razones: Un bajo perfil del clima organizacional y pocas sinergias alcanzadas, por los bajos niveles de coordinación entre aéreas funcionales y operativas. Capacidad de planta subutilizada, la eficiencia operativa no es la adecuada en términos de procesos, personal responsable de los mismos, bajo nivel de coordinación entre actividades de cada proceso, etc. Finalmente el escenario arrojado por la matriz (nivel de turbulencia) que oscila entre 2.3 y 3.3. es más dinámico que los resultados arrojados por las variables interna, promedio 1.86.

4.7. ROBUSTNESS ANALYS PARA TOMAR LA MEJOR ALTERNATIVA

Problema

¿Cómo mejorar la productividad los dos hospitales del municipio, para lograr la sostenibilidad de la Red Pública de Salud del Municipio de Palmira Valle?

Se evaluarán las tres opciones siguientes para definir de acuerdo a esta metodología cual debe ser adoptada por la administración municipal

Áreas de Decisión y Opciones:

1. Integración de los dos hospitales:

- 1.1. Unificar criterios administrativos.
- 1.2. Rediseñar procesos.
- 1.3. Definir estructura administrativa.
- 1.4. Definir roles y responsabilidades.
- 1.5. Definir portafolio de servicios.

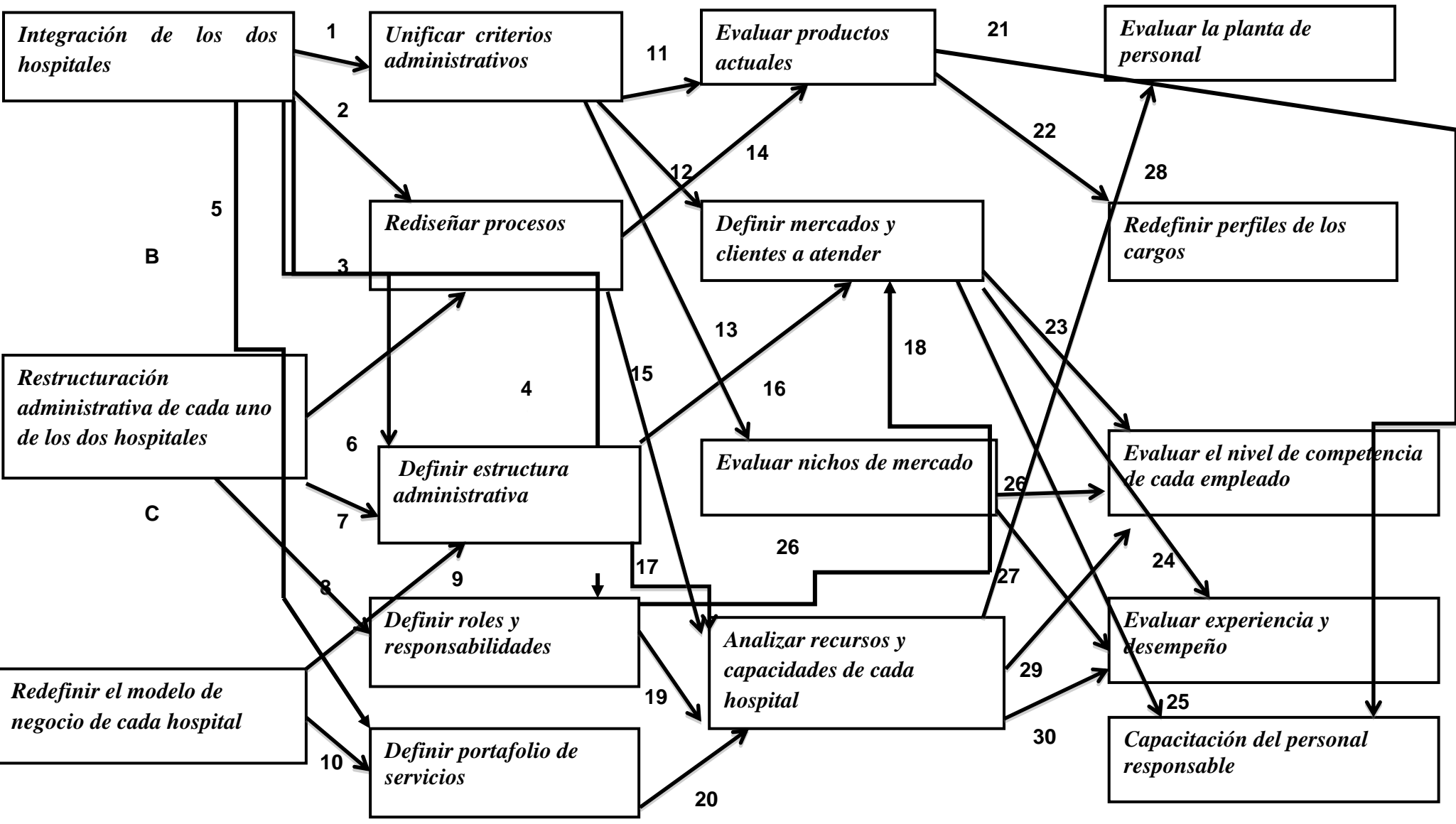
2. Restructuración administrativa de cada uno de los dos hospitales:

- 2.1. Evaluar la planta de personal
- 2.2. Definir perfiles de cargos
- 2.3. Evaluar nivel de competencia de cada funcionario
- 2.4. Evaluar experiencia y nivel de desempeño
- 2.5. Capacitación del personal responsable

3. Redefinir el modelo de negocio de cada hospital (portafolio de servicios):

- 3.1. Evaluar productos actuales
- 3.2. Definir mercados y clientes a atender
- 3.3. Evaluar nichos de mercados
- 3.4. Analizar recursos y capacidades de cada hospital

Grafico No. 4 decisiones secuenciales.



El anterior grafico (3) de evaluación arroja las siguientes conclusiones:

1. La ruta con mayor flexibilidad en el futuro es la opción A (estandarización del proceso) la cual la hace más factible.
2. La opción A presenta la mayor cantidad ítems calificados como excelentes, lo cual la hace más atractiva como posible camino para disminuir el costo del servicio.
3. Todas las opciones (A, B, C, D) tienen un bajo porcentaje de las calificaciones malas, pero esto se contrasta con las combinaciones de las alternativas B,C,D que tienen un gran volumen de opciones calificadas como regulares (09), es decir no serian una buena fuente para reducir los costos.

Tabla No. 8. Categorización

CATEGORIZACION	
<i>RANGO:</i>	
<i>MALO</i>	<i>1.0-2.9</i>
<i>REGULAR</i>	<i>3.0-3.8</i>
<i>BUENO</i>	<i>3.9-4.3</i>
<i>EXCELENTE</i>	<i>4.4-5.0</i>
<i>INDICADOR DE R(I)=(2Ei+Bi)/(2ET+TB)</i>	
<i>INDICADOR DE D(I)=(2Mi+Ri)/(2TM+TR)</i>	

Tabla No. 9. Rangos.

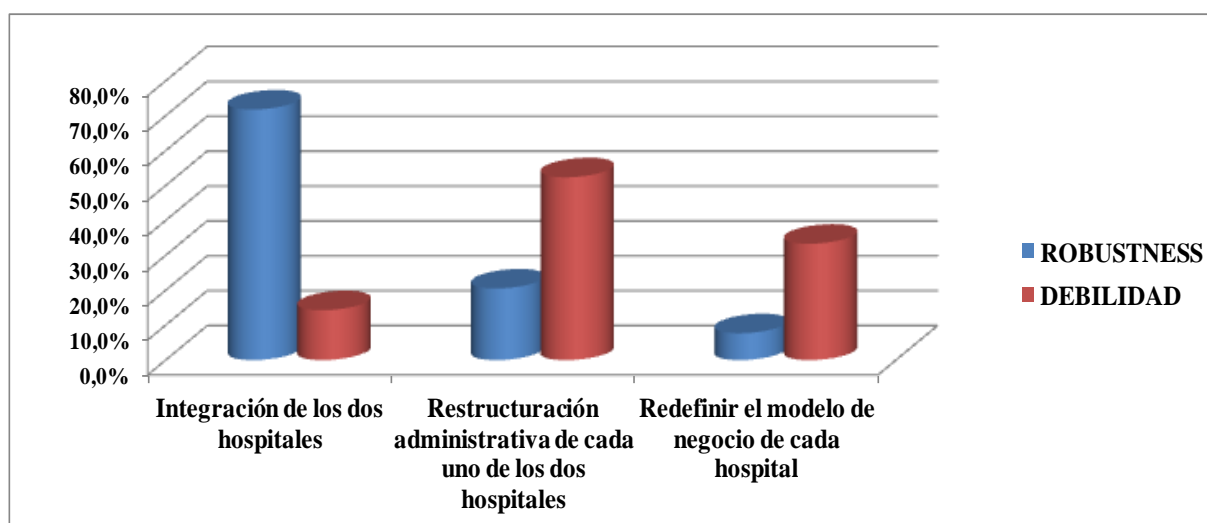
RANGOS		1.0-2.9	3.0-3.8	3.9-4.3	4.4-5.0	TOTAL
DECISION	CONFIGURACION	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE	
A	1.11.21	-	-	1,0	-	1,0
	1.11.22	-	-	-	1,0	1,0
	1.12.23	-	-	-	1,0	1,0
	1.12.24	-	-	1,0	-	1,0
	1.12.25	-	-	1,0	-	1,0
	1.13.26	-	-	1,0	-	1,0
	1.13.27	-	-	-	1,0	1,0
	2.14.21	-	-	1,0	-	1,0
	2.14.22	-	-	1,0	-	1,0
	2.15.27	-	-	-	1,0	1,0
	2.15.28	-	-	1,0	-	1,0
	2.15.29	-	-	1,0	-	1,0
	3.16.23	-	-	1,0	-	1,0
	3.16.24	-	-	1,0	-	1,0
	3.16.25	-	-	1,0	-	1,0
	3.17.28	-	-	1,0	-	1,0
	3.17.29	-	-	1,0	-	1,0
	3.17.30	-	-	1,0	-	1,0
	4.18.23	-	-	1,0	-	1,0
	4.18.24	-	-	1,0	-	1,0
	4.18.25	-	-	1,0	-	1,0
	4.19.28	-	-	1,0	-	1,0
	4.19.29	-	-	1,0	-	1,0
	4.19.30	-	-	1,0	-	1,0
	5.29.28	-	1,0	-	-	1,0
	5.29.29	-	1,0	-	-	1,0
	5.29.30	-	1,0	-	-	1,0
27						
B	6.14.21	-	1,0	-	-	1,0
	6.14.22			1,0		1,0
	6.15.28		1,0			1,0
	6.15.29		1,0			1,0
	6.15.30				1,0	1,0
	7.16.23		1,0			1,0
	7.16.24			1,0		1,0
	7.16.25			1,0		1,0
	7.17.28			1,0		1,0
	7.17.29		1,0			1,0
	7.17.30		1,0			1,0
	8.18.23		1,0			1,0
	8.18.24		1,0			1,0
	8.18.25		1,0			1,0
	8.19.28		1,0			1,0
	8.19.29		1,0			1,0
	8.19.30				1,0	1,0
17						
C	9.16.23	-	1,0	-	-	1,0
	9.16.24	-	-	1,0	-	1,0
	9.16.25	-	1,0	-	-	1,0
	9.17.28	-	1,0	-	-	1,0
	9.17.29	-	1,0	-	-	1,0
	9.17.30	-	1,0	-	-	1,0
	10.20.28	-	-	-	1,0	1,0
	10.20.29	-	1,0	-	-	1,0
	10.20.30	-	1,0	-	-	1,0
9						
TOTALES	53	-	21	25	7	53

Al realizar los cruces de las diferentes variables se define una categorización con base en los siguientes valores de rango para calificar: Malo de 1.0 a 2.9; Regular de 3.0 a 3.8; Bueno de 3.9 a 4.3 y Excelente de 4.4 a 5.0 y con esa calificación se tabulan los diferentes combinaciones que salen de la tabla anterior y con la sumatoria se obtiene calificación para cada una de las tres opciones evaluadas, dando los siguientes resultados:

Tabla No. 10. Tabla de resultados.

DECISION	ROBUSTNESS	DEBILIDAD
<i>Integración de los dos hospitales</i>	71,8%	14,3%
<i>Reestructuración administrativa de cada uno de los dos hospitales</i>	20,5%	52,4%
<i>Redefinir el modelo de negocio de cada hospital</i>	7,7%	33,3%
TOTALES	100%	100%

Grafico No. 5 Grafico de resultados



La anterior gráfico (5) de evaluación arroja las siguientes conclusiones:

1. La decisión con mayor flexibilidad en el futuro es la opción es la integración de los dos hospitales, ya que es la ruta más robusta en términos de alternativas.
2. La opción integración de los dos hospitales tiene cuatro combinaciones con calificación excelente en las configuraciones. como resultado de la evaluación de los criterios: Calidad, costo, flexibilidad, rapidez y confiabilidad. También tiene 20 combinaciones calificadas como buenas, es decir con calificaciones entre 3,9 y 4,3.
3. En términos de Robustness y Debilidad de la decisión, la integración tiene una robustez de 71,8% frente a un nivel de debilidad (dificultades) de 14,3%.
4. La segunda mejor alternativa es la reestructuración de los dos hospitales en forma individual, ya que tiene un buen grado de flexibilidad y una Robustez de 20,5% y una debilidad de 52,4%, es decir tendría menos posibilidad de incrementarse su productividad comparada con la integración.
5. Redefinir el modelo de negocio de cada hospital y operar en forma separada no es una buena alternativa, ya que el aporte a mejorar la productividad del los dos hospitales en términos de calidad, rapidez, flexibilidad, confiabilidad y costo no es la adecuada comparada con las anteriores alternativas, a demás su calificación de robustez es muy bajo, solo alcanza un 7,7% frente a una calificación de debilidad de 33,3%.

4.8. ESCENARIO FINANCIERO, PROYECCIÓN ESTADO DE RESULTADOS PARA LA INTEGRACIÓN

Tabla No. 11. Proyección de la propuesta para 3 años.

PROYECCION DE LA PROPUESTA, PARA 3 AÑOS				
PERIODOS	2.012	2.013	2.014	2.015
INGRESOS CORRIENTES	32.145.276	32.788.182	33.542.310	34.313.783
COSTO DE VENTAS	20.894.429	20.820.495	20.460.809	20.759.839
UTILIDAD BRUTA	11.250.847	11.967.686	13.081.501	13.553.944
MARGEN BRUTO	35,0%	36,5%	39,0%	39,5%
VARIACION MARGEN BRUTO				
GASTOS DE ADMON	24%	24%	24%	24%
GASTOS TOTALES	7.714.866	7.869.164	8.050.154	8.235.308
UTILIDAD OPERATIVA	3.535.980	4.098.523	5.031.346	5.318.636
MARGEN OPERACIONAL	11%	13%	15%	16%
VARIACION UTILIDAD OPERATIVA		16%	23%	6%
EBITDA:	4.790.100	5.352.642	6.285.466	6.572.756
DEPRECIACIONES Y AMORTIZ	1.254.120	1.254.120	1.254.120	1.254.120
MARGEN EBITDA	15%	16%	19%	19%
EFICIENCIA MARGINAL		0,88	1,24	0,37
VARIACION EN LOS ING:				
VARIACION ABSOLUTA		642.906	754.128	771.473
VARIACION RELATIVA		2,0%	2,3%	2,3%
VARIACION COSTOS Y GASTOS :				
VARIACION EN COSTOS EN PESOS		73.934	359.686	299.030
VARIACION EN GASTOS EN PESOS		154.297	180.991	185.154
CAPITAL DE TRABAJO:	8,5%	13,0%	13,2%	13,2%
CAPITAL DE TRABAJO NETO OPER	2.732.348	4.262.464	4.427.585	4.539.713
PALANCA DEL CRECIMIENTO	1,75	1,26	1,42	1,45

Fuente: Elaboración de los Autores

Tabla No. 12. Costo del capital

BETA APALANCADA	
VARIABLES	CALCULOS
Tasa Libre de Riesgo	0,037
Premio por el Riesgo del Mercado	0,065
Beta del sector	0,95
Beta Apalancada	1,24058824
Riesgo País	0,03
Prima por Tamaño	0,0247
Costo del Patrimonio en US\$ Corrientes	0,17233824
Participación Deuda	0,32
Participación Patrimonio	0,68
Costo Deuda en Dólares	0,08827
Costo Patrimonio en Dólares	0,17233824
COSTO DE CAPITAL (WACC) EN DOLARES	0,1454364
Inflación Externa	0,001
Costo de Capital en Constantes	0,14429211
Inflación Interna	0,0344
COSTO DE CAPITAL (WACC) EN CTES.	0,18365576

Fuente: Elaboración de los Autores

Tabla No. 13. Periodos.

PERIODOS	2011	2.012	2.013	2.014
UTILIDAD OPERATIVA	0	3.535.980	4.098.523	5.031.346
IMPUESTOS	0	0	0	0
UODI	0	3.535.980	4.098.523	5.031.346
AMORTIZACIONES	0	1.567.650	1.567.650	1.567.650
FLUJO DE CAJA BRUTO		5.103.630	5.666.172	6.598.996
REPOSIC DE CAPITAL DE TRAB	2.732.348	1.530.115	165.121	112.129
REPOSICION DE ACTIVOS FIJOS	4.041.427	0	0	0
FLUJO DE CAJA LIBRE	6.773.775	3.573.515	5.501.051	6.486.868
VPN INGRESOS	10.857.091			
VPN FINAL	4.083.316			
TIR	49,7%			
CK	18,4%			

Fuente: Elaboración de los Autores

Análisis tablas Proyección, costo del capital y viabilidad.

Supuestos para la proyección de los tres años:

1. Se toma la estructura financiera (tabla 12) con base a los históricos de los dos hospitales, los cuales en el último año han tenido la siguiente relación deuda/patrimonio, el hospital HROB deuda el 47,5% y patrimonio el 52,5%. El HSVP deuda el 10,7% y patrimonio el 89,3%. Con este referente, se asume que el 68% será con recursos propios y el 32% con deuda.

2. Por ley el total de la facturación del régimen subsidiado debe ser contratado por la red pública. Por lo tanto la nueva propuesta le corresponde el 60% del total de la facturación, la cual está alrededor de \$3.000 millones ver tabla 11 , es decir \$1800 millones. Hoy dejan de facturar los dos hospitales aproximadamente \$300 millones mensuales.

3. La reposición del capital de trabajo se toma como base la productividad de los dos hospitales en los años anteriores, y se toma la más cercana al menos eficiente.

4. En la tabla 12 a parece se calcula, el costo del capital (costo financiero de toda la estructura) se calculo a través del costo promedio del capital (Wacc) y el recurso propio, una de los componentes, a través del CAPM (Capital Assets Pricing Model)

5. CONCLUSIONES

La alternativa seleccionada tiene mejoras sustanciales frente a la situación anterior de cada hospital, entre otras:

1. La el margen Ebitda, ver tabla 11, alcanza niveles del 19% frente a los logrados en forma individual, los cuales tuvieron inclusive comportamientos negativos (-5%). Las utilidades operativas del hospital de nivel dos (situación inicial) tiene márgenes operacionales negativos en los últimos tres años. La productividad del capital de trabajo se mejora, ya que con la fusión se espera capturar sinergias positivas, por ejemplo el HROB tiene un mejor uso del capital de trabajo, es decir requiere menos centavos por cada peso en ventas. Con la nueva propuesta se puede lograr niveles del 13%, lo cual esta por debajo de los logrados por el HROB en los años anteriores evaluados en forma individual.

2. Se debe revisar la planta de personal administrativa y adecuarla a tener una sola estructura de dirección de la nueva ESE, con la premisa que en el HSVP solo se va a prestar servicios de nivel II y en el HROB se dedique exclusivamente a servicios de nivel I, teniendo abiertos el 100% de sus centros de salud y puestos de salud.

3. Con base en los estimados de servicios a demandar por la población se debe construir la planta asistencial teniendo como meta una productividad mayor del 90% como mínimo.

4. proceso de facturación, ya que lo que se realice desde el punto de vista médico, de ayuda diagnostica y se coloque como insumo o medicamentos al paciente, automáticamente debe afectar el modulo de facturación.

5. Con la nueva propuesta, ver tabla 11, se observa lo siguiente: La eficiencia marginal tiene un comportamiento positivo, vender una unidad adicional (servicio),

cuando se pasa del año 2012 al 2013 esa unidad le deja un margen del 88%, por lo tanto, le costaría 12 centavos, siendo menos costoso que en la situación actual del hospital más eficiente (HROB) el cual tenía un costo de 86% centavos. dado lo anterior la utilidad operativa pasó de \$296.407 en año 2011 \$3.535.980 en 2012 y \$ 4.098.523 en 2013. En los años siguientes los ingresos crecen en una mayor proporción que los costos y gastos.

6. La caja generada por el crecimiento, ver tabla 11, es mayor que los requerimientos de capital de trabajo, ya que la palanca de crecimiento (Margen Ebitda/Productividad Capital de Trabajo) siempre es positiva en los tres años de la proyección, con un promedio de 1,35 es decir que cada peso de ventas deja 35 centavos de remante en caja.

7. Como se observa en la tabla 13, la fusión es viable en términos de viabilidad financiera, ya que los flujos de caja libre descontados a una tasa (costo del capital) frente a la inversión en activos (capital de trabajo e inversión fija) es positiva, es decir produce una VPN positivo (\$4.083.316). También esto se visualiza vía rentabilidad, tasa interna de retorno (TIR) de la fusión, que alcanza un 49,7% > 18,4% que es el costo del capital, por lo tanto la fusión agrega valor a la inversión.

8. Un sector con márgenes bajos debido al poder negociador de los clientes (EPS). No hay flexibilidad en las tarifas, por ello la insistencia de mejorar la eficiencia operativa, el cual es el medio para capturar valor.

9. El escenario que tendrá la nueva propuesta son las siguientes: Altas barreras para el ingreso de nuevos competidores. Un sector donde los márgenes de rendimiento se han deteriorado principalmente por dos razones: la crisis del sector salud, debido a la intermediación financiera con los entes territoriales, y el poder negociador de las EPS. Mayores exigencias por parte de los organismos de control y en forma subyacente por parte de los integrantes del sector.

6. RECOMENDACIONES

Para mejorar el proceso de atención en salud se debe implementar:

1. La atención de partos debe ser concentrada en un solo sitio, ya que el HROB atiende menos de 1 parto por día y puede estar afectada la calidad y consume tiempo de personal asistencial que se debe dedicar a mejorar la oportunidad el servicio de urgencias.
2. Laboratorio Clínico: se debe centralizar un solo sitio que haga las pruebas con tecnología de punta y se debe colocar tomas de muestras en los centros de salud y hospitales y se remiten al HSVP como centro de referencia.
3. La consulta de médico general se debe enfocar solo en el HROB y sacarla del HSVP y se debe colocar la atención en todos los centros de salud y en los puestos de salud urbanos y rurales de manera rutinaria generando disminución de usuarios en los hospitales y con oportunidad a menos de 3 días, lo que debe disminuir la utilización de urgencias y mejorar la calidad de atención.
4. Rayos X: se debe adoptar la tecnología que tiene el HSVP en el HROB que es Rayos X digitalizado y el resultado se envía al sitio donde fue visto el paciente.
5. Se deben dedicar enfocar el mercadeo en ofrecer la mejor oportunidad en la atención de los servicios de: consulta externa, consulta de urgencias, cirugía electiva y la toma de ayudas diagnosticas en el día que se presenten los usuarios.
6. Se debe contratar al personal asistencial de planta el 100% con indicadores de productividad.

7. Se debe realizar las compras de medicamentos a proveedor mayorista únicamente para aprovechar economías de escala
8. Se debe contratar los servicios de Aseo, Vigilancia a través de terceros.
9. Se debe conformar un servicio de transporte de pacientes que oferte a las instituciones privadas.

7. BIBLIOGRAFIA

BEST G, Parston G and Rosenhead J (1986). Robustness in Practice—the regional planning of health services. *J Opl Res Soc.* 37: 463–478.

HIL. L., Charles, *Administración Estratégica*. Cap. 2. Pág. 41 Cap. 9, Pág. 302.

ORTIZ ANAYA, Héctor. *Análisis Financiero Aplicado con Ajustes por Inflación*. 9 ed. Universidad Externado de Colombia, Bogotá.

OSCAR LEON, García. *Valoración de Empresa, Gerencia del Valor*. Cap. 4, 6, 8 y 9

PORTER, Michael E. *Estrategia Competitiva: Técnicas para el análisis de los sectores Industriales y de la competencia*. Compañía Editorial Continental. México: 2000. Pág. 22-43.

SERNA GÓMEZ, Humberto. *Gerencia Estratégica. Teoría, Metodología, alineamiento, implementación y mapas estratégicos, índices de gestión*. Temas Gerenciales. Bogotá: 3R editores.2003.

THOMPSON, Jr. *Administración Estratégica: McGraw-Hill*. Capitulo 3. Pág. 48

VARELA, Rodrigo. *Innovación empresarial: McGraw-Hill*. Capitulo 2. Pág. 37.

VARELA, Rodrigo. *Innovación Empresarial, Arte y Ciencia en la Creación de Empresas*. 2 ed. Bogotá: Pearson Educación de Colombia, 2001.

8. GLASARIO Y ABREVIATURAS

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

EPS: Empresas Promotoras de Salud

CAPM: Modelo para calcular el costo del patrimonio

EBITDA: Utilidad Antes de Descontar Intereses, Impuestos, Depreciaciones y Amortizaciones

VPN: Valor Presente Neto

TIR: Tasa Interna de Retorno

HSVP: Hospital San Vicente de Paul

HROB: Hospital Raúl Orejuela Bueno

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

WACC: Costo Promedio Ponderado del Capital

CTA: Cooperativa de Trabajo Asociado

4VS: Mapa para evaluar un proceso, empresa desde la perspectiva de: Volumen, Variabilidad, Variación Y Visibilidad

Margen Bruto: Es la proporción de la Utilidad Bruta con respecto a las Ventas

Margen Operacional: Es lo que le queda a la empresa, después de descontar los costos y gastos de administración en términos porcentuales

Capital de Trabajo: Son las necesidades operativas de fondos, el cual lo comprende: Cuentas por cobrar, inventarios, efectivos y las cuentas por pagar a proveedores de bienes y servicios

UODI: Utilidad Operativa Después de Impuestos.