



**INVESTIGACIÓN DE MERCADOS: CLÍNICA DE REHABILITACIÓN FÍSICA Y
DEPORTIVA**

NATHALLY CAICEDO ARDILA

ANDRÉS FELIPE QUINTERO MORA

DIRECTOR DEL PROYECTO:

TOMAS LOMBANA BEDOYA

UNIVERSIDAD ICESI

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS

PROGRAMA DE ECONOMÍA Y NEGOCIOS INTERNACIONALES

SANTIAGO DE CALI

2017

TABLA DE CONTENIDO

I. RESUMEN	5
II. INTRODUCCIÓN	7
III. OBJETIVOS	9
IV. MARCO TEÓRICO	10
V. METODOLOGÍA	23
V. I. FASES DE LA INVESTIGACIÓN DE INFORMACIÓN	24
V. II. FICHA TÉCNICA	25
VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS	27
VI. I. NUTRICIÓN	27
VI. II. AYUDAS ERGOGÉNICAS	33
VI. III. EJERCICIO FÍSICO	38
VI. IV. INDICIOS DE INTERÉS POR LA CLÍNICA	44
VII. CONCLUSIONES	52
VIII. BIBLIOGRAFÍA	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Realización de dieta por género _____	28
Tabla 2. Tiempo transcurrido para ver los resultados _____	31
Tabla 3. Porcentaje de personas que han tomado ayudas ergogénicas. _____	33
Tabla 4. Tiempo trascurrido para ver los resultados de los suplementos _____	37
Tabla 5. Porcentaje de los encuestados que hace ejercicio de forma frecuente _	39
Tabla 6. Razones por las que no realiza ejercicio _____	39
Tabla 7. Satisfacción de los resultados del ejercicio _____	43
Tabla 8. Personas que se consideran sanas _____	44
Tabla 9. Conocimiento de los beneficios de dieta y ejercicio para tratar enfermedades por edad _____	46
Tabla 10. Conocimiento de los beneficios de dieta y ejercicio para tratar enfermedades por género _____	46
Tabla 11. Disposición a cambiar los hábitos para tratar una enfermedad _____	46
Tabla 12. Disposición a cambiar los hábitos para alcanzar objetivos físicos _____	47
Tabla 13. Conocimiento sobre la medicina deportiva _____	48
Tabla 14. Conocimiento de la medicina deportiva para mejorar el rendimiento de un deportista. _____	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1. Formulación de dieta _____	29
Grafico 2. Razón de inicio de la dieta _____	29
Grafico 3. Motivo para acudir a la fuente de información _____	31
Grafico 4. Los suplementos que más se usan _____	35
Grafico 5. Persona / fuente de información encargada de formular los suplementos _____	35
Grafico 6. Razón de uso de los suplementos _____	36
Gráfico 7. Razones por las que se empieza a hacer ejercicio _____	40
Gráfico 8. Persona / fuente de información que formula el plan de ejercicio ____	41
Gráfico 9. Lugar donde hace ejercicio _____	41
Gráfico 10. Patologías que padece _____	45
Gráfico 11. Asistencia a clínicas de rehabilitación deportiva _____	49
Gráfico 12. Razón para acudir a una clínica determinada _____	49

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta _____	60
-------------------------	----

I. RESUMEN

El siguiente proyecto sirve como una base para determinar la viabilidad de la creación de una clínica de rehabilitación física y deportiva en la ciudad de Santiago de Cali. Lo anterior por medio del análisis del contexto sociocultural del municipio y de la evolución del sistema de salud en el Valle del Cauca y su capital, además, se realizó una investigación de mercado aplicada a la potencial población objetivo de la clínica, su interpretación permitió obtener datos concretos de los hábitos e intereses de los encuestados en materia de nutrición, actividad física y salud.

Conceptos clave: Medicina deportiva, actividad física, nutrición, patologías, cambio estilo de vida.

ABSTRACT

The following project helps to create a basis to establish the feasibility of creating a physical and sports rehabilitation clinic in the city of Santiago de Cali. This takes place due to the analysis of the socio-cultural context of the population and the evolution of the health system in Valle del Cauca and its capital. In addition, a market research was carried out applied to the potential clients of the clinic, its interpretation allowed to obtain concrete data of the habits and interests of the respondents in matters of nutrition, physical activity and health.

Key concepts: Sports medicine, physical activity, nutrition, pathologies, lifestyle change.

II. INTRODUCCIÓN

El mundo actual globalizado esparce tendencias rápida y efectivamente, llegando a miles de rincones, acompañado por la promoción de marcas internacionales que popularizan aún más las propensiones de compra y estilo de vida. La “vida fitness” ha llegado desde hace algunos años a Colombia con la capacidad de transformar la vida de millones de personas que han cambiado, inclusive, algunos de los hábitos más arraigados a su cultura, como el consumo de ciertos platos típicos hipercalóricos que han sido reemplazados por la llegada de miles de negocios con un concepto saludable.

A raíz de lo anterior, el mercado cada vez se acomoda más a satisfacer las necesidades que los consumidores “fit” demandan; hay una propagación inmensa de sitios para hacer ejercicio funcional como Box Crossfit, gimnasios de entrenamiento tipo militar, entre otros. Pero esto es solo el principio, es sumamente popular el consumo de suplementos alimenticios para que los objetivos físicos sean alcanzados con mayor facilidad en menor tiempo y esto regularmente está acompañado de rigurosas dietas altamente proteicas y bajas en carbohidratos, grasas y azúcares.

La medicina deportiva, en general, estudia los efectos de la actividad física en el cuerpo humano, no sólo para conseguir resultados estéticos sino también para mejorar el rendimiento físico de los deportistas de alto rendimiento y para tratar un sinnúmero de patologías que pueden ser solucionadas y prevenidas con un plan

de ejercicio y alimentación personalizado. Al sumar la tendencia “fit” con lo que es en esencia la medicina del deporte se tiene como resultado una oportunidad de negocio difícil de ignorar y que puede volverse real con los estudios, el financiamiento y el personal adecuado.

El siguiente proyecto trata entonces de iniciar con la materialización de esta idea, por medio de una investigación de mercados que ayude a ver la perspectiva que tiene población objetivo sobre la posibilidad de incluir en su vida planes personalizados para alcanzar metas físicas o de mejorar la salud. Con lo anterior, los autores buscan confirmar si es viable, en el mediano plazo, constituir una clínica de rehabilitación deportiva que cumpla las características que el mercado demanda; un centro médico que pueda atender miles de personas con diferentes deseos y necesidades pero que todos pueden cumplirse por medio de la actividad física y el cuidado de la alimentación.

En las siguientes secciones encontrará datos estadísticos que muestran las preferencias y deseos de la población que utilizaría los servicios de la clínica y con esto un análisis que expone las razones por las cuales nace la idea y la voluntad de volverla una realidad.

III. OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar la viabilidad de crear una clínica de rehabilitación física y deportiva, por medio del análisis e identificación de necesidades, deseos y patrones en el estilo de vida de los encuestados.

Objetivos específicos:

1. Identificar por qué las personas acuden a una fuente específica de información a la hora de recibir una dieta o plan de alimentación y si se ven los resultados de esta.
2. Exponer la tendencia al uso que las personas muestran hacia las ayudas ergogénicas y qué tan exitosos han sido los resultados obtenidos.
3. Conocer los hábitos de ejercicio de la población objetivo y el motivo por el cual hay deserción en la actividad física.
4. Determinar el grado de interés de los encuestados en recibir algunos de los servicios que la clínica ofrecería.

IV. MARCO TEÓRICO

El sistema de salud en Colombia hace parte del sistema de seguridad social, en él intervienen tres entes principales; el gobierno nacional, los aseguradores y los prestadores. El Estado es el encargado de vigilar, controlar y coordinar por medio de entidades como el Ministerio de Salud y Protección Social, la Comisión de Regulación Nacional de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud (Cáceres, Valdivieso, Érika, Gómez, Díaz, & Silva, 2009). Por otro lado, están las entidades privadas que se encargan de asegurar a los ciudadanos, ellas administran los recursos que el estado colombiano destina a la salud y se componen básicamente de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL). Finalmente están las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las Empresas Sociales del Estado (ESE), aquí se encuentran los hospitales, clínicas, laboratorios, centros de salud, etc., que brindan el servicio al usuario. Son atendidas por profesionales y cuentan con transportadores especializados y autorizados de pacientes, en otras palabras, las ambulancias (Cisneros, 2003)

La Ley 100 represento cambios en el sistema de salud, así, se formalizó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) buscando el bienestar de la sociedad y la cobertura universal, esto por medio del Régimen Contributivo (RC) y el Régimen Subsidiario (RS). El primero abarca los trabajadores del sector formal que están vinculados por medio de su contrato de trabajo, los pensionados y los trabajadores independientes que tienen la capacidad de pago; el régimen subsidiario, en contraste, incluye a la población que tiene restricciones de pago y

no pueden acceder al contributivo. (Rivera, A. F., 2003). En los años 2014 y 2015, la población afiliada al SGSSS en el Valle del Cauca fue 92,8% y 93% respectivamente; para los mismos años, el porcentaje de personas pertenecientes al régimen contributivo fue de 59,9% y 58,3% y al subsidiado, 40% y 41,5% (DANE, 2016).

Se evidencia un crecimiento en el gasto total en salud desde el 2004 hasta el 2011, esto debido en su mayoría al aumento del gasto público en los regímenes contributivo y subsidiado, pero también al aumento del gasto privado en el sector mencionado; el gasto privado en salud se compone de los planes de medicina prepagada, SOAT, gasto de bolsillo y seguros voluntarios de salud (MinSalud, 2014). Desde el 2006 el gasto en planes de medicina prepagada ha aumentado, consiguiendo una mayor participación en el total de gasto privado, obteniendo en el año 2012 un 3,1% de ciudadanos totales afiliados al régimen especial. (DANE, 2014).

Con la reforma mencionada se crea y se normaliza a los actores principales del sistema de salud, encargados de la atención y afiliación del usuario; las EPS, las ARL, las ESE y las IPS. Las IPS pueden ser entidades oficiales, privadas, mixtas, comunitarias o solidarias, conforme al artículo 156 de la Ley 100 (Senado de la Republica, 1993); el artículo 185 describe que la función de la IPS es prestar los servicios en su nivel de atención a los usuarios y sus beneficiarios, de acuerdo a los servicios con los que cuenta la institución y sus acreditaciones (Marín Idárraga, D., & Losada Campos, L. 2015).

De esta forma, se categoriza a las IPS por nivel de complejidad y respecto al nivel de atención; la denominación de estos niveles viene siendo desarrollada desde antes de la promulgación de la Ley 100 y es con esta que se ajustan y se hace precisión sobre los niveles de complejidad. Se establece que el nivel I comprende al médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de salud no especializados; el nivel II al médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados; y, el nivel III y IV al médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico.

Dentro de los niveles de complejidad están los niveles de atención, categorizados de acuerdo a los grupos quirúrgicos que se atienden en cada entidad (Sarmiento, 2009). Para el año 2010, en Cali, el cubrimiento de servicios médicos fue prestado por 896 IPS, de las cuales el 86,8% fueron privadas y 75% de baja complejidad (POLIS & Lesmes Duque, M. C., 2010).

Por medio de estudios recientes se evidencia una disminución considerable en las transferencias de dinero por parte del Estado a las IPS públicas del nivel I, en la década que precede al 2012; todo lo contrario ocurrió con las instituciones del nivel III, pues estas han experimentado un aumento del 12% en sus transferencias en el mismo periodo (Zúñiga, 2016). Lo anterior evidencia la importancia que han adquirido las consultas a especialistas en el área de la salud.

Las IPS tienen autonomía en lo administrativo, lo técnico y lo financiero, además, están en el deber de suministrar la información en cuanto a oportunidad,

suficiencia y veracidad a los usuarios. Las normas aclaran que estas instituciones tienen prohibido todo tipo de acuerdos o convenios que impidan la libre competencia dentro del mercado de salud; de este modo, se busca en el mediano plazo que las IPS sean competitivas y que puedan cumplir con todas sus obligaciones de corto plazo (Marín Idárraga, D., & Losada Campos, L. 2015). Lo anterior se explica porque el sistema de salud colombiano está inmerso en un marco de libre mercado, a excepción del régimen subsidiado (Arboleda Arango, A., 2015). Así, las entidades departamentales y distritales de salud tienen parámetros para valorar la suficiencia patrimonial y financiera de las IPS; se valoran indicadores de patrimonio, obligaciones mercantiles y laborales (MinSalud, 2014).

Dada la libre entrada al mercado de la salud, el número de IPS aumentó para el año 2013, en comparación con el 2010. Si bien la lógica económica expresa que un aumento de competencia implica reducción de beneficios, este no es el caso del sistema colombiano; el margen bruto, del mismo periodo mencionado, aumentó en más de 0,05 puntos porcentuales (Zúñiga, 2016). Tomando una muestra de 622 establecimientos médicos en Cali, es posible apreciar que a lo largo de los últimos cinco años se ha dado un aumento en los ingresos de las IPS del 10% y un incremento de las utilidades netas del 24% hasta el 2013; no obstante, en los últimos dos años este indicador presentó valores negativos pero se muestra un margen neto positivo para todos los años (EMIS, 2016). Esto evidencia un potencial mercado a explorar, que es sostenible pero que enfrenta grandes retos (Zúñiga, 2016); ya que un sistema de salud que se destaque por el

trato inadecuado e incorrecto que se brinda a los pacientes, genera insatisfacción de los usuarios y de los profesionales del área (Dirección General de Calidad y Educación en Salud, 2007).

La oferta de servicios médicos en Colombia, más específicamente en el Valle del Cauca, ha aumentado a lo largo de los últimos años al igual que la demanda por parte de los usuarios del sistema de salud. En el Valle del Cauca, aproximadamente el 73,4% de la población asiste al médico por consulta por prevención (DANE, 2016).

El número de especialistas en Colombia ha aumentado desde 1980 hasta 2011, siendo las áreas de pediatría, medicina interna y anestesiología las que más graduados tienen en el periodo de análisis; esta situación concuerda con lo hallado por Matallana y Varela (2005), quienes evidenciaron que la promulgación de la Ley 3012 de 1992 tuvo un efecto importante en todas las áreas del conocimiento, debido a los aumentos en las solicitudes, seguido por incrementos en la oferta de cupos y matriculados. Más específicamente y para el interés de esta investigación, al año 2011, el stock de especialistas en medicina del deporte es de 181; medicina física y rehabilitación, 242; y, ortopedia y traumatología, 1008 (Cendex, 2013).

Las IPS enfocadas en la medicina del deporte tienen dos ejes centrales de actividad; la condición física, entendida como el estado de salud en peso, masa muscular, rendimiento físico, entre otros y, la rehabilitación de patologías crónicas no transmisibles, como afecciones pulmonares, del corazón y metabólicas. El

cambio en el estilo de vida y la alimentación de las personas en los últimos años ha sido el causante de muchos problemas cardiacos y de peso en la población (Viteri Cabezas, J. P. & Ramírez Sánchez, M. J., 2015). Por declaraciones de la OMS se estima que más de las dos terceras partes de las muertes en el mundo son por enfermedades crónicas no transmisibles (ETN), asociadas a estilos de vida insanos (Camacho Burbano, M., Díaz Montoya, P. A. , Aguilar Marulanda, M. F. , Bustamante Jiménez, D. , Libreros Pardo , E. , López Orjuela, K. & Ramírez Tenorio, D, 2015), siendo la principal causa de mortalidad en el mundo, dentro de las enfermedades crónicas se encuentran problemas cardiovasculares, patologías respiratorias crónicas y afecciones metabólicas (diabetes y obesidad); son factores de riesgo para las ETN el sedentarismo (falta de actividad física) y la alimentación inapropiada (Orrego-Gaviria, J. & Martha Ligia, L. D. M., 2013). Para el caso de Colombia, a 2008, dentro de las diez principales causas de muerte en Colombia se encontraban principalmente enfermedades crónicas no transmisibles (Guerrero, Ramiro, Gallego, Ana Isabel, Becerril-Montekio, Víctor, & Vásquez, Johanna., 2011), 37% de las personas tenía hipertensión arterial, 42% de la población no practica actividad física regular y el 41% tenía colesterol elevado (Orrego-Gaviria, J. & Martha Ligia, L. D. M., 2013), además de existir una creciente cantidad de adultos con sobrepeso, indicador que en Colombia se encontraba en un 56,5% de personas mayores de edad con prevalencia de sobrepeso para 2015 (Banco Mundial, 2016).

Más específicamente para el caso de Cali, la hipertensión arterial representó la segunda causa de muerte en la ciudad para 2007, y dentro de las principales seis

se encontraban también la diabetes y enfermedades del aparato respiratorio (POLIS, Sanabria Pulido, P. P. & Hurtado Londoño, M., 2010); en 2005 el 89% de las personas refería tener una dieta poco saludable y el 27,3% tener colesterol alto en la ciudad (SSPM de Cali- CEDETES Sistema de Vigilancia de Factores Riesgo ECNT Cali, 2005), evidenciando un problema de salud pública por el bajo cuidado de la salud de la población.. No obstante, en los consumidores han empezado a optar por un estilo de vida más saludable, motivados por el deseo de sentirse bien y de cuidar su salud (Camacho Burbano, M., Díaz Montoya, P. A. , Aguilar Marulanda, M. F. , Bustamante Jiménez, D. , Libreros Pardo , E. , López Orjuela, K. & Ramírez Tenorio, D, 2015), pero para lograr esto no se debe modificar solo un aspecto del estilo del vida, sino que es el conjunto de circunstancias de alimentación, hábitos higiénicos, vida activa y descanso suficiente lo que permite tener una mejor calidad de vida y longevidad (Badiel Ocampo, M. & Fundación Valle de Lili, 2003).

En Cali, actualmente hay un número considerable de centros de rehabilitación y de fisioterapia, sin embargo, hay pocos que se especializan en la medicina deportiva y metabólica para tratar diversas patologías; entre ellos está el centro médico Imbanaco, la Fundación Valle del Lili, la clínica Lungavita y el Centro de Ortopedia y Fracturas. El número de especialistas en medicina deportiva que trabajan en las clínicas mencionadas es inferior a diez y dos de ellos trabajan para dos de las cuatro instituciones¹; esto evidencia que en Cali hay un reducido número de

¹ Información consultada en las páginas web de los centros médicos mencionados.

médicos deportólogos y que la inclusión de más se podría explotar en mayor medida el mercado potencial existente.

Imbanaco ofrece un programa de medicina deportiva en el Instituto de Enfermedades Osteoarticulares. Este incluye una evaluación compuesta de una valoración antropométrica nutricional, pruebas músculo-esqueléticas y fitness cardiovascular, para determinar qué tan acondicionada está la persona al deporte y así, prescribir un programa de ejercicio acorde a los objetivos del paciente. El instituto está enfocado en tratar traumas agudos como fracturas, desgarros, rupturas o luxaciones, y micro traumas o lesiones. El programa brinda soporte al paciente por medio de la valoración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Para desarrollar lo anterior, la clínica dispone de un especialista en Medicina Deportiva y dos médicos ortopedistas con especialidad en Medicina Deportiva y Artroscopia.

Adicionalmente, el Centro Médico Imbanaco cuenta con un área de Rehabilitación y Medicina Física. Aquí ofrece rehabilitación física y cardíaca por medio de programas de prevención, ejercicio y salud, medicina deportiva y toma de electromiografías. En cuanto a la parte física, el servicio dispone de medios para hacer electroterapia, laser, mecanoterapia, ejercicios terapéuticos, balón terapia, hidroterapia, entre otros; todo esto está a cargo de un equipo de profesionales compuesto por un fisiatra, una deportóloga y varios fisioterapeutas. La parte de rehabilitación cardíaca consta de cuatro partes; la hospitalaria, la convalecencia y dos de mantenimiento (cambios en estilo de vida y actividad física). Se prestan servicios de acondicionamiento físico, reforzamiento muscular, ejercicios para embarazadas, preparación para deportistas y prevención de enfermedades

cardiovasculares; para esto, se cuenta con recursos tecnológicos de monitorización cardíaca como balas de oxígeno, pulsioxímetros, entre otros. Los profesionales encargados de cumplir con las metas del programa conforman un equipo donde hay un fisiatra, una deportóloga, fisioterapeutas especialistas en rehabilitación cardíaca y pulmonar, y terapeutas deportivos.

La fundación Valle del Lili, por su parte, cuenta con la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación especializada en el campo preventivo y curativo. Ahí, se ofrece un servicio de evaluación médica por ortopedia deportiva donde se hace un examen sobre la práctica deportiva actual, la condición física para identificar lesiones deportivas, proporciones y medidas (antropometría), de fuerza y retracciones musculares; con esto se hacen indicaciones y recomendaciones para establecer la frecuencia de prácticas deportivas que ayuden a tratar y prevenir lesiones. El examen además incluye una valoración del perfil lipídico y del hemograma del paciente. Cuentan además con programas de Rehabilitación cardíaca, pulmonar física, Neurodesarrollo, Neurorehabilitación y Servicio de fisioterapia ocupacional. La fundación cuenta con una amplia oferta de especialistas en cardiología (12), terapia ocupacional (2), neumólogos (3), nutricionistas (3), ortopedistas traumatólogos (más de 20) y un médico deportólogo que trabajan en conjunto para cumplir con los objetivos de la unidad.

En la clínica Lungavita también hay un área de Medicina deportiva y Rehabilitación física, enfocada en ortopedia, traumatología y fisiatría, atendida por tres especialistas. Analizando los estados financieros de esta clínica, se aprecia que a

pesar del corto tiempo pasado desde su fundación ha generado utilidades positivas alcanzando en 2015 un valor neto de más de \$200'000.000.

El Centro de Ortopedias y Fracturas (COF) se especializa en el trauma ambulatorio; de esta forma, ofrece atención inmediata por parte de los especialistas en ortopedia y traumatología. Utilizan la medicina deportiva para prevención y tratamiento de diversas enfermedades y lesiones con ayuda de un especialista en medicina del deporte, un equipo de diez ortopedistas, una fisiatra y una nutricionista.

AIREC grupo médico especializado se enfoca en la rehabilitación cardíaca y pulmonar, con el fin de aumentar la calidad de vida de los pacientes por medio de la tolerancia al ejercicio. Utilizan una metodología en la que primero se evalúa al paciente por parte del médico especialista, identificando los factores de riesgo y tomando medidas antropométricas, a partir de esto se desarrolla un programa de rehabilitación monitoreado periódicamente. Así, se vigila rigurosamente los signos vitales del usuario durante el ejercicio y se le dan charlas educativas sobre hábitos saludables y técnicas respiratorias a aplicar.

El Centro de Rehabilitación Física y Respiratoria Portela ofrece servicios de terapia cardíaca, respiratoria, ocupacional e hidroterapia, así como acondicionamiento físico; esto se lleva a cabo por medio del equipo de trabajo profesional y se respalda por convenios con EPS. Siguiendo esta línea, Indervalle (Instituto del deporte, la educación física y la recreación del Valle del Cauca) con su Centro de Medicina Deportiva, primera clínica del deporte en todo el país,

cuenta con servicios de fisioterapia, nutrición y preparación física, especializados en los deportistas de las selecciones del Valle; tiene a su disposición nueve fisioterapeutas, dos médicos deportólogos, un ortopedista y seis preparadores físicos.

La nutrición se considera parte fundamental de los individuos que practican algún tipo de deporte, porque tienen requerimientos rigurosos basados en el gasto calórico realizado y en las pérdidas de micronutrientes por sudor que no pueden ser compensadas únicamente con la parte alimenticia. De aquí, surge la necesidad de utilizar ayudas ergogénicas nutricionales que pueden mejorar el rendimiento físico (Urbina, 2009) ya sea introduciendo respuestas en el metabolismo o mejorando la capacidad de recuperación. En otras palabras, puede ser definida como una técnica o sustancia empleada con el propósito de mejorar la utilización de energía, incluyendo su producción, control y eficiencia (Garnés y Mas, 2005) en el cuerpo humano. Si bien el uso de proteínas y aminoácidos ha sido popular últimamente, es poco el conocimiento que tienen las personas sobre las ayudas ergogénicas nutricionales y no identifican que tipo de sustancias entran en esta categoría.

En el año 2002 se estableció una clasificación de las ayudas ergogénicas distribuidas así: mecánicas, fisiológicas, psicológicas, nutricionales y farmacológicas. Las ayudas mecánicas se relacionan con características físicas de los materiales e incluso del propio cuerpo humano como zapatillas deportivas y afeitado competitivo de nadadores; las psicológicas abarcan técnicas y estrategias de control de estrés, ansiedad y motivación; en las farmacológicas están las

sustancias químicas que se introducen para aumentar el desempeño orgánico como cafeína y esteroides; las técnicas fisiológicas potencian el funcionamiento orgánico por medio de, por ejemplo, infusiones sanguíneas; finalmente, las ayudas nutricionales manipulan la dieta con suplementos de hidratos de carbono, ácidos grasos, aminoácidos de cadena ramificada, vitaminas, etc. (Cabrera, 2011).

Dentro de las funciones de las ayudas ergogénicas nutricionales se encuentra la regulación hidroeléctrica y termorregulación, la realización de actividades prolongadas y entrenamientos, el aceleramiento de procesos de recuperación, la corrección de la masa corporal y el desarrollo de la masa muscular. Estas a su vez se clasifican en bebidas hidratantes, son las más utilizadas y colaboran con la demanda de altos niveles de energía y carbohidratos; recuperadores musculares que tienen como propósito el reponer los depósitos de glucógeno muscular pues al ser limitados pueden conllevar a la aparición de la fatiga muscular; la creatina que ayuda a aumentar la fuerza, velocidad, tiempos de recuperación y la potencia anaeróbica; la glutamina, que ayuda a mantener y a desarrollar la masa muscular evitando la aparición de fatiga y potenciando su crecimiento; los aminoácidos ramificados que estimulan la síntesis proteica para fomentar el desarrollo muscular; los lípidos que permiten un ahorro en los carbohidratos, incrementando el rendimiento (Urbina, 2010) ; y, las vitaminas y minerales que protegen las células musculares de su destrucción durante el ejercicio físico intenso (González, 2006; González, Sánchez y Mataix, 2006).

No obstante, el principal riesgo que presenta recurrir a estas sustancias es caer en su abuso, ingerirlas a dosis mayores que las recomendadas o combinarlas con la

ingesta de otras sustancias o medicamentos. Si la ingesta de estas ayudas no es supervisada por un especialista, existe la posibilidad de acarrear efectos negativos para la salud como disfunciones renales, pérdidas de nutrientes, aumento del ácido úrico e incremento del riesgo de diabetes (Cabrera, 2011).

V. METODOLOGÍA

La investigación surgió por la necesidad de conocer la viabilidad de establecer una clínica de rehabilitación física y deportiva en la ciudad de Cali. Para esto, inicialmente se investigaron fuentes secundarias con el fin de recolectar información sobre la cobertura del sector de la salud en Colombia, así como la oferta de especialistas médicos y los índices de prevalencia de enfermedades crónicas, haciendo énfasis en aquellas que podrían ser tratadas en una establecimiento de este tipo. Dado que potencialmente la clínica sería creada como una IPS, fue necesario conocer que son estas instituciones, cómo funcionan, cómo han evolucionado sus finanzas durante los últimos cinco años y que tal relevantes son para el sistema de salud. Además, se identificaron las principales clínicas que reúnen algunas o, todas las características que harían de ellas una potencial competencia y se profundizó en los servicios que ofrecen y los especialistas que los prestan. Finalmente se tomó en cuenta el cambio que han tenido las tendencias de nutrición y cómo la aparición de ayudas engorgénicas pueden complementar el servicio que se planea ofrecer.

Posteriormente, se diseñaron las encuestas que se aplicarían a una muestra de población conformada por personas que regularmente practican ejercicio; deportistas de alto rendimiento (entrenamiento para competencia formal avalada por alguna federación nacional); pacientes con patologías cardíacas, pulmonares,

metabólicas o cualquiera que pueda ser tratada a través de la medicina deportiva; y, personas elegidas de forma aleatoria.

Gracias a la investigación fue posible identificar las percepciones, hábitos y características del posible cliente para elaborar un perfil de la población objetivo a la que se va a dirigir la clínica. También se encontraron los aspectos de preferencia de los profesionales de la salud y del deporte al momento de remitir a un paciente o deportista a alguna clínica de rehabilitación. Con todo esto se formó una visión general de qué requisitos debe tener la institución a establecer así como el grado de aceptación del público hacia la misma.

Con lo anterior se puede afirmar que se realizó una investigación de campo aplicada, de tipo descriptivo, que buscó obtener datos suficientes, soportados estadísticamente, para obtener conclusiones acertadas sobre el proyecto.

V. I. FASES DE LA INVESTIGACIÓN DE INFORMACIÓN

Para el desarrollo de la presente investigación, se siguieron los lineamientos propuestos por Hair, Bush y Ortinau en el libro de “Investigación de mercados”. El proceso de investigación de información se lleva a cabo en cuatro fases principales:

Fase I: Se determinó el problema de investigación, la viabilidad de una Clínica de Rehabilitación Deportiva, determinando los datos idóneos a recolectar y los objetivos.

Fase II: Se seleccionó el diseño adecuado para la investigación con elementos cuantitativos, además se escogieron las fuentes de datos más fiables, se calculó el tamaño de la muestra de población y se diseñaron las encuestas.

Fase III: Se realizaron las encuestas para su posterior análisis e interpretación.

Fase IV: Se elaboraron las conclusiones para determinar la viabilidad de la clínica de rehabilitación.

V. II. FICHA TÉCNICA

Personas que financiaron y realizaron la investigación: Nathally Caicedo Ardila y Andrés Felipe Quintero Mora

Población Objetivo: Hombres y mujeres mayores de 16 años de edad, de estratos socioeconómicos 3, 4, 5 y 6, residentes de la ciudad de Santiago de Cali

Equipo de Trabajo: Los estudiantes Nathally Caicedo Ardila y Andrés Felipe Quintero, con la asesoría del economista Tomás Lombana Bedoya

Tipo de muestra: Aleatorio

Tamaño de la muestra: 230 encuestas

Procedimiento empleado: Se utilizó un diseño aleatorio utilizando lugares que frecuentan personas de los estratos mencionados, y buscando una cantidad importante de personas que hicieran ejercicio y sufrieran algún tipo de enfermedad crónica con tratamiento por medio del deporte y la nutrición.

Universo representado: Representa el 42% de la población del municipio de Santiago de Cali. Personas mayores de 16 años, de estratos 3, 4, 5 y 6.

Técnica para determinar la muestra: Se aplicó un muestreo aleatorio simple controlando la Clase socioeconómica.

Fecha de recolección de la información: 1 de Marzo de 2017 al 15 de Abril de 2017

Técnica de recolección: Respuesta individual presencial y online.

Margen de error: +/- 6,6%

Nivel de Confianza: 95%

Preguntas de la encuesta: 29 preguntas concretas

Temas tratados: Nutrición, ayudas ergogénicas, ejercicio, enfermedades crónicas, clínicas con profesionales médicos especialistas en deporte.

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez terminada la recolección de información por medio de las encuestas, se creó la base de datos para posteriormente interpretar y analizar los resultados que se presentaran a continuación.

Se dividirá el siguiente capítulo en cuatro subsecciones: nutrición, ayudas ergogénicas, ejercicio físico y signos de interés por la clínica. Con lo anterior se busca abarcar los puntos principales en los que se busca enfocar la clínica y así obtener información sobre qué parámetros básicos debería tener la clínica según lo que la población objetivo desea.

VI. I. NUTRICIÓN

La alimentación es una necesidad de cualquier ser vivo; es de conocimiento general que a través de la comida se obtienen los nutrientes, vitaminas y minerales para que el organismo funcione correctamente. Los malos hábitos alimenticios contribuyen a que se propaguen muchas enfermedades que podrían ser evitadas si se comiera de forma correcta; sin embargo el concepto de comer adecuadamente o sano es controversial.

Las personas piensan que comer sano es solo algo que ayuda a bajar de peso y por eso existen tantas dietas de fuentes dudosas que ponen en peligro la salud de

quienes las realizan. Por otro lado hay un gran número de población que come lo que le place, no se fija en cuan dañina puede ser la comida chatarra en cantidades grandes o abusa en el consumo de azúcar y productos químicos.

Hoy en día hay mucho que debatir acerca de la forma de comer saludablemente, lo cierto es que cada organismo es diferente y que la forma de alimentarse debe ser diseñada exclusivamente para cada persona según sus metas estéticas o sus requerimientos de salud. Para una clínica de rehabilitación física y deportiva es de vital importancia que todos los pacientes tengan una dieta personalizada que acompañe a los procesos de bajar de peso, aumentar masa muscular o tratar enfermedades.

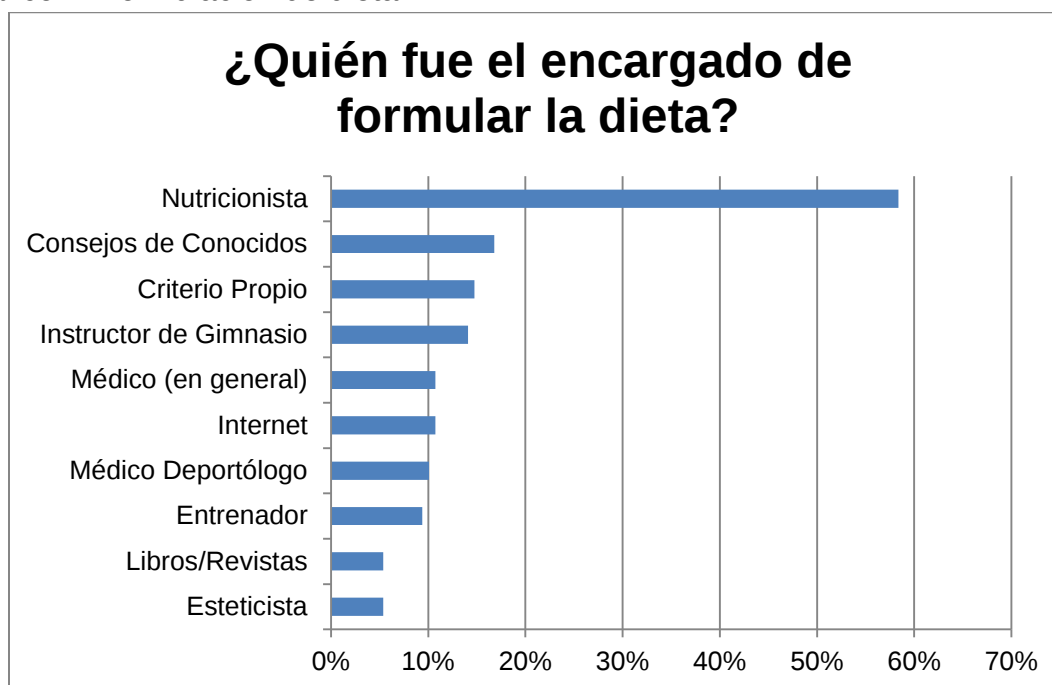
Por lo anterior, para esta investigación fue necesario destinar una parte de la recolección de datos a la forma en que las personas se alimentan, quién les formula una dieta y si ven o no los resultados en su cuerpo.

Tabla 1. Realización de dieta por género

¿Ha seguido alguna dieta? Por Género			
	Si	No	Total general
F	72,92%	27,08%	100,00%
M	51,16%	48,84%	100,00%
Total	64,78%	35,22%	100,00%

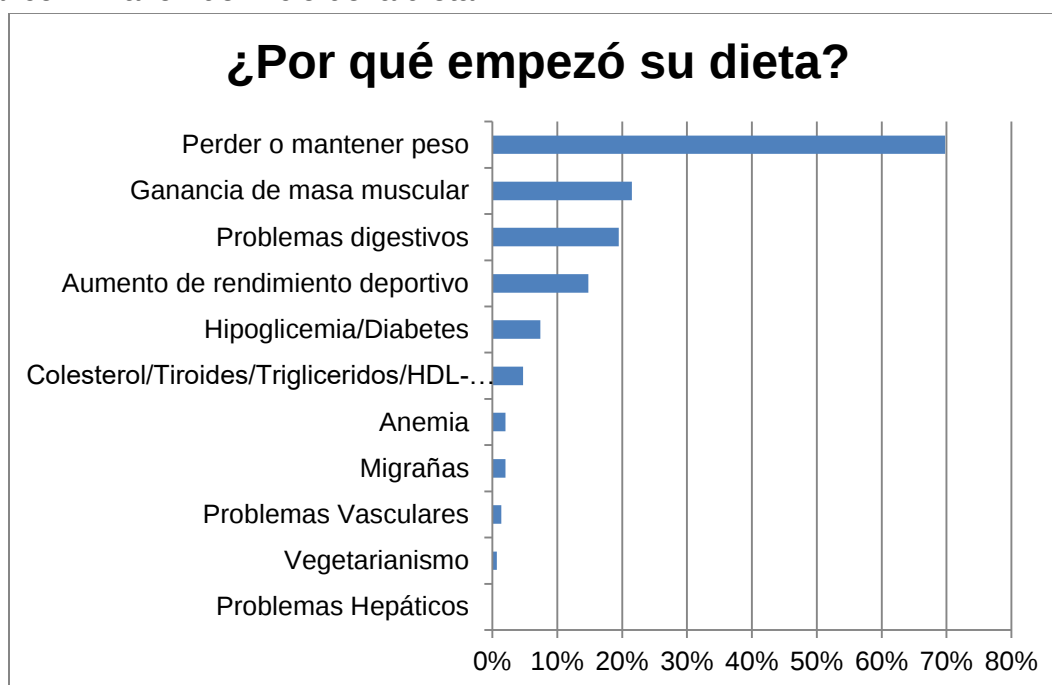
Fuente: Autores

Gráfico 1. Formulación de dieta



Fuente: Autores

Grafico 2. Razón de inicio de la dieta

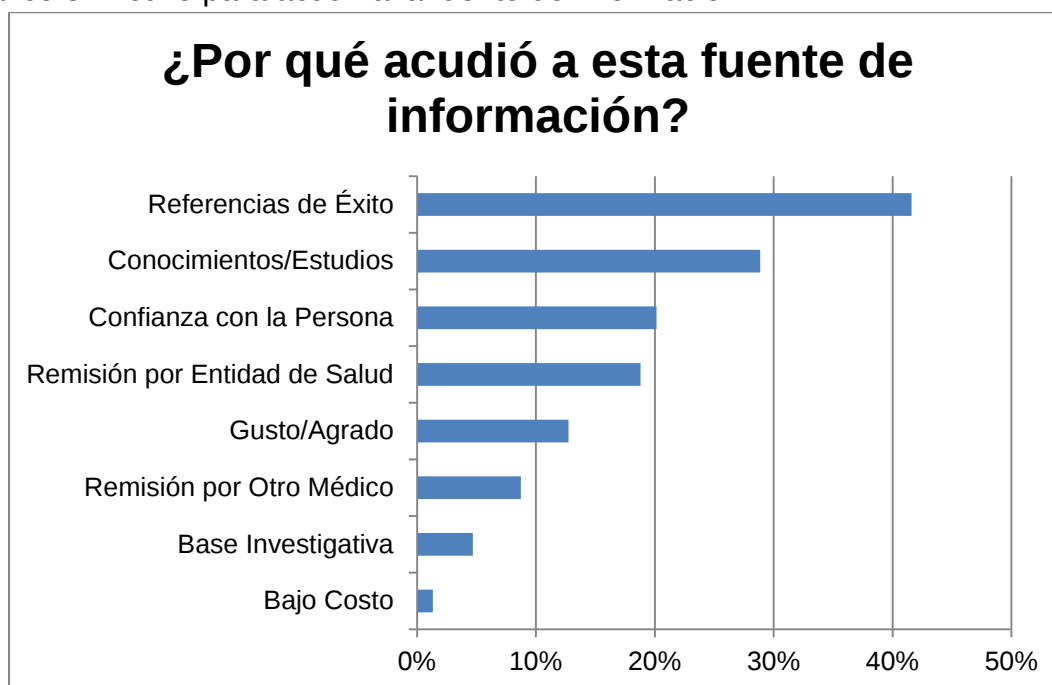


Fuente: Autores

La tabla 1 muestra según el género si una persona ha realizado una dieta; se evidencia que es mayor el porcentaje de mujeres que responden afirmativamente a esta pregunta. El gráfico 1, por su parte, señala que las personas que han hecho dieta, en su mayoría, han ido donde un nutricionista a que se las formule y en una cantidad más pequeña la han obtenido de consejos o bajo su propio criterio. Finalmente en la figura número 2 se puede ver que la razón principal para que la persona haya empezado su dieta es por perder peso o ganar masa muscular.

De lo anterior se inicia la hipótesis de que las mujeres prefieren conseguir sus metas físicas por medio del cuidado en la alimentación y que para esto acuden más a la opinión de otras personas, bien sea un nutricionista o alguien conocido. Es importante resaltar que en esta población no sobresale la preferencia por las dietas de internet o de libros, lo que representa una oportunidad para la clínica pues se tiene pensado que en ella haya un experto en nutrición y metabolismo que acompañe a los pacientes.

Grafico 3. Motivo para acudir a la fuente de información



Fuente: Autores

El grafico 3 es importante para el análisis porque muestra que la población objetivo (estratos 3, 4,5, y 6) no acude al nutricionista buscando un bajo costo, sino que se enfoca más en las referencias de éxito que el profesional tenga y en sus conocimientos o estudios; esto sirve de base para que la clínica busque prestar un servicio con más calidad por medio de especialistas que tengan una vasta experiencia y que no se enfoque tanto en bajar sus precios para igualar la competencia.

Tabla 2. Tiempo transcurrido para ver los resultados

	Tiempo transcurrido para ver resultados						Total general
	Menos de 1 mes	1 - 3 meses	3 - 6 meses	6 - 12 meses	Más de 1 año	Sin resultados	
Hubo resultados	21,43%	53,17%	18,25%	3,97%	3,17%	0,00%	100,00%
No hubo resultados	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
Total general	18,12%	44,97%	15,44%	3,36%	2,68%	15,44%	100,00%

Fuente: Autores

La tabla 2 exhibe si la persona que hizo la dieta obtuvo o no resultados y, de ser afirmativo, en cuánto tiempo. Es interesante ver que aproximadamente el 15% de la población encuestada refiere que no vio los resultados de su dieta, esto puede tener varias razones; puede ser que la persona no haya sido disciplinada con las recomendaciones pero no lo acepte y culpe a la dieta, cabe la posibilidad de que la dieta no haya sido especialmente hecha para la persona y por esto no haya tenido efectos, puede que el paciente no haya complementado su dieta con ejercicio físico, entre otros.

Este porcentaje muestra para la clínica una oportunidad de presentar sus dietas de una forma personalizada, explicando que la dieta es mucho más efectiva si se combina con ejercicio físico y es esta precisamente la finalidad, dar un plan físico que se apoye en la alimentación. Además esta información permite ver que alrededor del 53% de los encuestados que afirmaron haber tenido resultados, los obtuvieron de 1 a 3 meses, mostrando un patrón importante que la clínica debe considerar en sus planes alimenticios porque el posible cliente ya tiene referencias de éxito pasadas en este intervalo de tiempo, si los planes se desarrollan en más días puede que muchos pacientes elijan la competencia.

VI. II. AYUDAS ERGOGÉNICAS

Ya en el marco teórico se ha mencionado la importancia de los suplementos nutricionales para la vida de las personas, son ayudas a las que la gente recurre muy frecuentemente porque puede obtener resultados estéticos mucho más rápido que si lo hiciera por el método tradicional (dieta y ejercicio).

Esta sección representa un punto muy importante para el fin de esta investigación. Usualmente en los planes de ejercicio que recomienda un médico deportólogo están involucradas las ayudas ergogénicas, pero es importante primero ver la aceptación que las personas muestran hacia estas y qué tan exitosos han sido los resultados obtenidos. Además, si el uso es frecuente, la clínica pretende vender los suplementos para que las personas encuentren todo lo que necesitan para llevar a cabo su plan en el mismo sitio.

Tabla 3. Porcentaje de personas que han tomado ayudas ergogénicas.

¿Ha utilizado ayudas ergogénicas? Por Género			
	Si	No	Total general
F	35,42%	64,58%	100,00%
M	43,02%	56,98%	100,00%
Total	38,26%	61,74%	100,00%

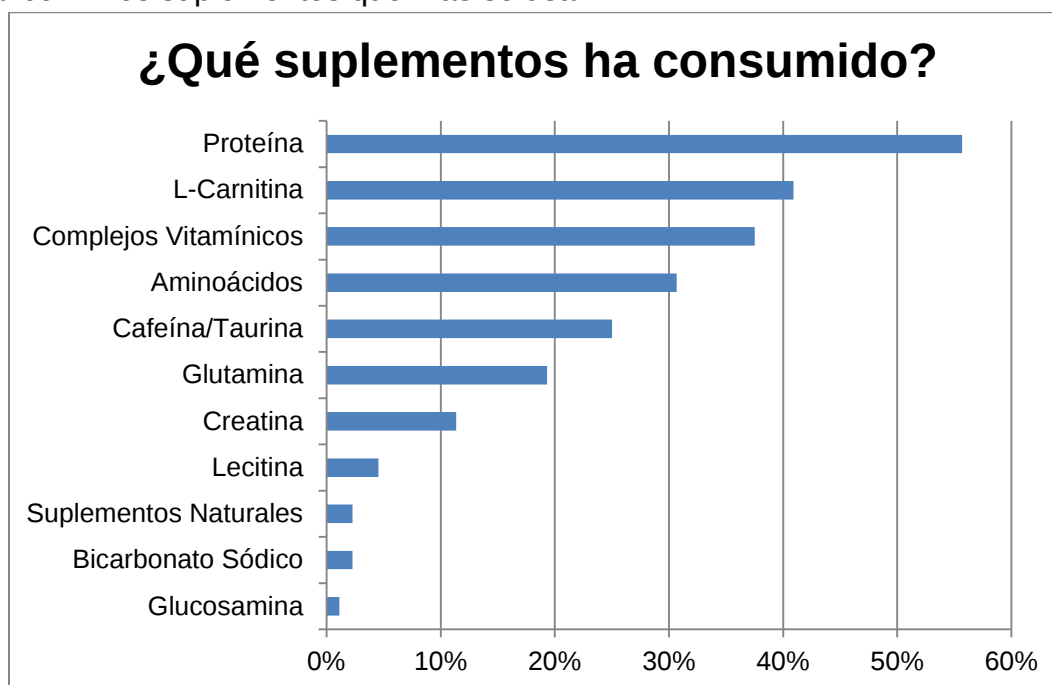
Fuente: Autores

Al igual que con la sección de nutrición, se buscó en primer lugar ver si las personas han utilizado alguna vez un suplemento nutricional. La tabla 3 muestra que es mayor el porcentaje de hombres que ha recurrido a las ayudas que el de mujeres; este es un punto relevante porque se puede identificar un patrón de conducta según el género y es que las mujeres acuden más a las dietas para

cumplir sus objetivos y los hombres más a las ayudas ergogénicas para ver sus resultados.

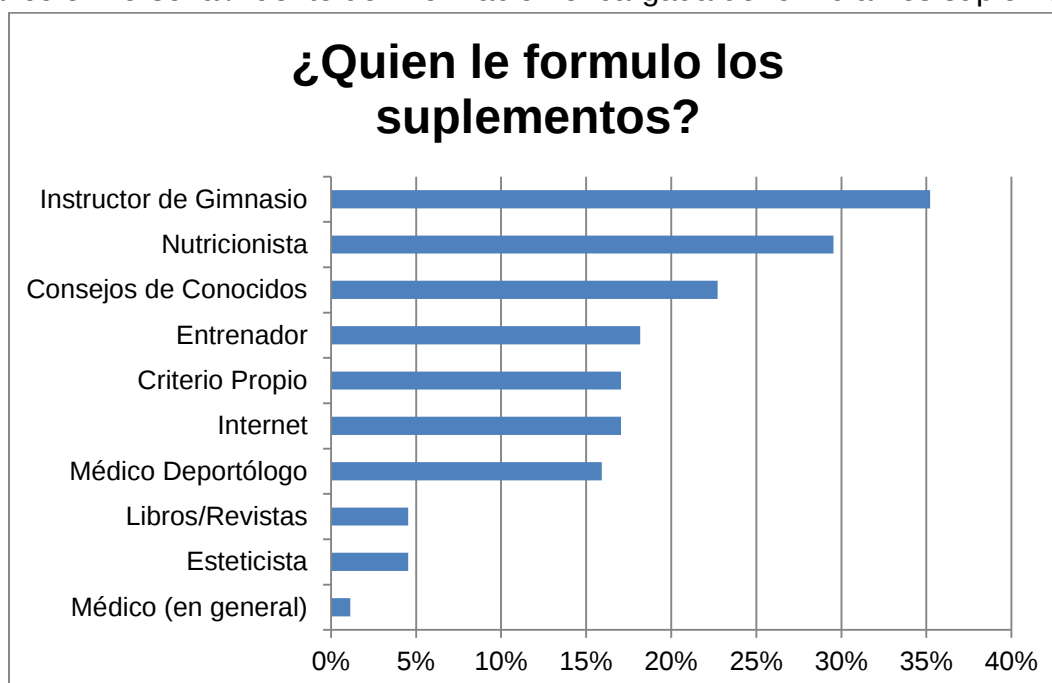
La hipótesis en la que se decidió basar el resultado es que las mujeres usualmente tienen más necesidad de perder peso o grasa acumulada y esto se consigue más rápidamente por medio de una dieta baja en calorías y carbohidratos, los hombres regularmente tienen la necesidad de aumentar su masa muscular y para esto lo mejor es acudir a las proteínas, aminoácidos y otros suplementos que aceleran el crecimiento del músculo, obteniendo los resultados deseados en más corto tiempo. Basado en esta hipótesis, se sugiere a la clínica crear un plan de mercadeo enfocado en los géneros, proponerle a las mujeres directamente las citas con nutricionistas y a los hombres mostrarles los beneficios de las ayudas, esto por supuesto sin dejar al lado los casos que pueden comportarse de manera contraria.

Grafico 4. Los suplementos que más se usan



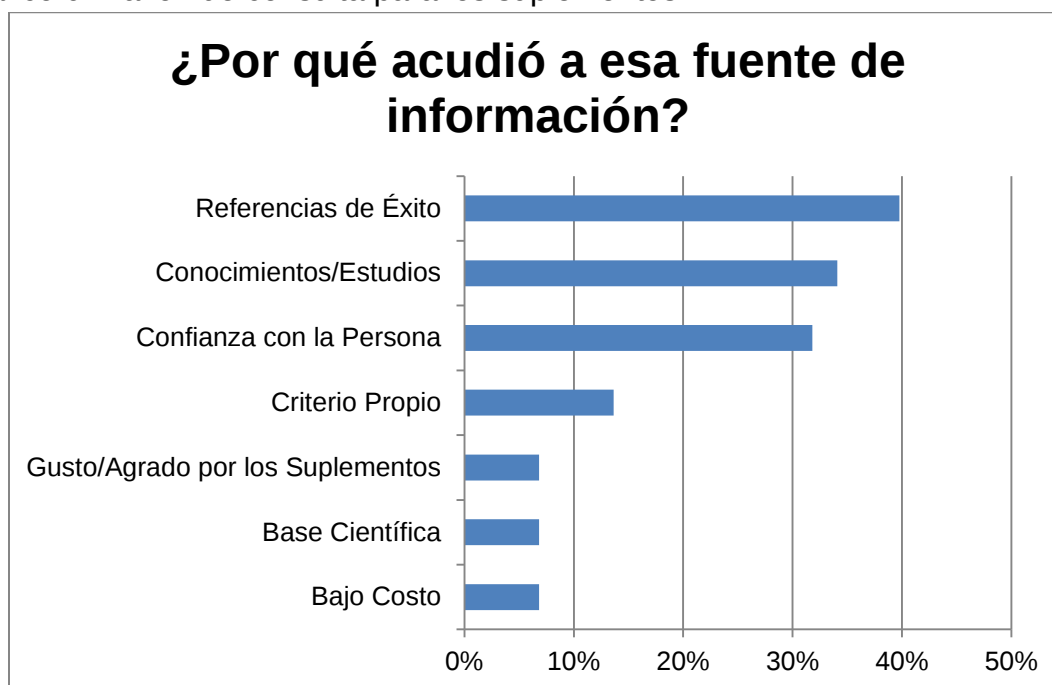
Fuente: Autores

Grafico 5. Persona / fuente de información encargada de formular los suplementos



Fuente: Autores

Grafico 6. Razón de consulta para los suplementos



Fuente: Autores

En el grafico 4 se evidencia que la mayoría de las personas que responden haber utilizado suplementos, lo han hecho a través del consumo de proteínas, seguido de la L-carnitina y las vitaminas y minerales. Los anteriores productos tienen como finalidad aumentar la cantidad de masa muscular, mejorar la reparación de los músculos que han sufrido impactos luego del ejercicio, acelerar el metabolismo, entre otros; estos datos son de gran ayuda porque muestran cuáles son las preferencias de las personas a la hora de consumir suplementos y así, la clínica puede enfocarse en recomendar ayudas de este tipo con las que las personas ya estén familiarizadas y tengan confianza.

El grafico 5 muestra que la población adquiere estos suplementos por medio de la formulación de instructores de gimnasio, nutricionistas y la sugerencia de

personas conocidas. Nuevamente se puede ver que las personas encuestadas no deciden sobre qué suplementos utilizar por medio de fuentes dudosas como el internet, sino que prefieren que alguien que conoce del tema y que ya ha visto resultados anteriormente sea quien les guíe. Esto lo confirma el gráfico 6, que muestra que las personas acuden a esas fuentes de información porque han tenido referencias de éxito y porque la persona que se los formula tiene conocimientos del tema, en otras palabras, no es cuestión de si es costoso o no sino de si es eficiente y si la persona que lo va a formular tiene experiencia.

Tabla 4. Tiempo transcurrido para ver los resultados de los suplementos

	Tiempo transcurrido para ver resultados por género						Total general
	Menos de 1 mes	1 - 3 meses	3 - 6 meses	6 - 12 meses	Más de 1 año	Sin resultados	
F	15,69%	43,14%	15,69%	0,00%	1,96%	23,53%	100,00%
M	18,92%	56,76%	10,81%	2,70%	0,00%	10,81%	100,00%
Total general	17,05%	48,86%	13,64%	1,14%	1,14%	18,18%	100,00%

Fuente: Autores

Al igual que en la sección anterior, se puede ver (tabla 4) que un porcentaje considerable de la población asegura que no obtuvo resultados tras el consumo de ayudas ergogénicas, siendo la proporción de mujeres mayor que el de hombres. Esto es algo que puede verse como una oportunidad para la clínica de llegar al paciente de una forma diferente, mostrando que la rutina de ejercicio acompañado de la ingesta de suplementos puede llegar a dar resultados más rápido y de una forma saludable. Nuevamente la clínica debe tener cuidado en el tiempo de efectividad del tratamiento porque la mayoría de personas asegura haber visto resultados de 1 a 3 meses.

VI. III. EJERCICIO FÍSICO

La actividad física es el concepto más rápido que las personas asocian cuando se habla de salud y bienestar, a través del ejercicio no solo se controla el peso o se tratan enfermedades sino que también el cuerpo y la mente se escapan del estrés de la vida cotidiana y es por esto que hacer ejercicio es la terapia más recomendada para la gran mayoría de los males que agobian el cuerpo y la mente.

La clínica es de rehabilitación física y deportiva, por esto el factor principal es la actividad física, es decir, este siempre será el camino que conducirá a los pacientes a cumplir sus metas sin importar que sean estéticas, competitivas o para mejorar las condiciones de salud. El ejercicio será el pilar principal de la clínica, será la base que acompañe todos los tratamientos y se moldeará a cada caso específico, con el fin de mostrarles a las personas que la gran mayoría de enfermedades pueden ser tratadas con ejercicio, que el bisturí debe ser el último recurso si se habla de conseguir el cuerpo soñado y que no es necesario afectar el cuerpo con sustancias peligrosas buscando mejorar el rendimiento en competencias.

Con esta sección se busca conocer más a fondo los hábitos de ejercicio de la población objetivo, además de indagar más a fondo sobre por qué las personas dejan de ejercitarse para que la clínica pueda centrarse en buscar maneras de

concientizar a la gente que la actividad física es fundamental y que puede ser realizada desde casa.

Tabla 5. Porcentaje de los encuestados que hace ejercicio de forma frecuente

¿Ha realizado ejercicio de forma frecuente? Por Género			
	Si	No	Total general
F	79,86%	20,14%	100,00%
M	91,86%	8,14%	100,00%
Total general	84,35%	15,65%	100,00%

Fuente: Autores

Tabla 6. Razones por las que no realiza ejercicio

¿Por qué no realiza ejercicio? Por Género								
	Tiempo	Dinero	Otros hobbies	No le gusta	Embarazo	Impedimento de salud	Lesión	Total general
F	49	2	0	6	2	4	0	63
M	19	0	1	5	0	2	1	28
Total general	68	2	1	11	2	6	1	91

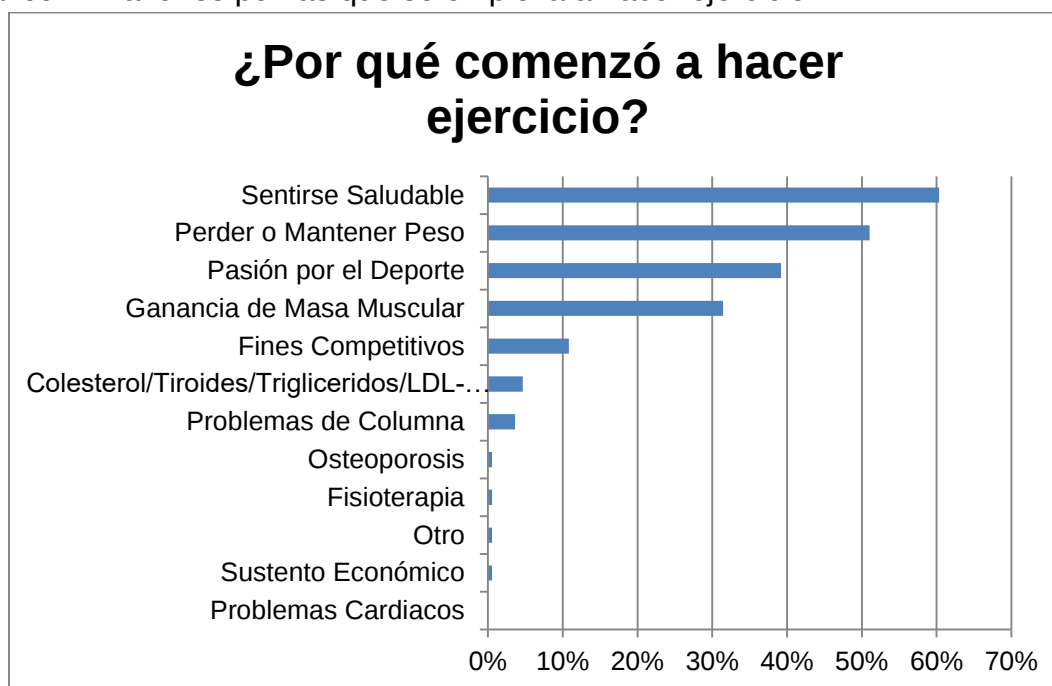
Fuente: Autores

La tabla 5 permite ver que en general, más del 80% de la población encuestada ha hecho ejercicio alguna vez en su vida, siendo los hombres los que presentan una mayor tendencia. Por otro lado, la tabla 6 muestra por qué las personas no hacen ejercicio en la actualidad y se puede ver que es mayor el porcentaje de mujeres que manejan una vida sedentaria que los hombres. Lo anterior confirma la hipótesis planteada en secciones pasadas; las mujeres por lo general buscan cuidar su cuerpo y salud más con dieta que con ejercicio y los hombres se comportan de forma contraria.

La tabla 6 permite además comprender las razones por las cuales las personas dejan de hacer ejercicio y se puede notar que sin importar el género, la causa principal es que los encuestados manifiestan no tener suficiente tiempo. Esta información es valiosa y si bien pudiera representar un riesgo porque muestra una

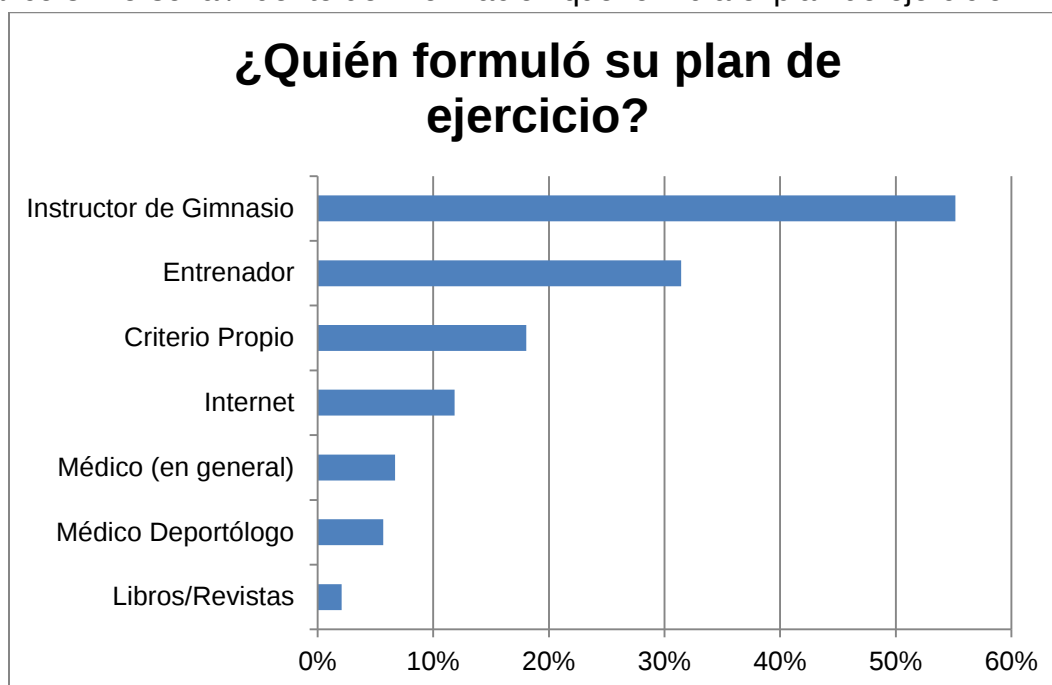
tendencia al sedentarismo por una causa que es difícil de combatir, en esta investigación se decide verlo como la oportunidad que tiene la clínica de diseñar planes de ejercicio que puedan ser realizados en casa, en un periodo no mayor a una hora y con implementos fáciles de conseguir o sencillamente con el trabajo del peso del cuerpo; este trabajo será diseñado por un médico deportólogo con experiencia y habilidad para satisfacer los requerimientos de tiempo del paciente.

Gráfico 7. Razones por las que se empieza a hacer ejercicio



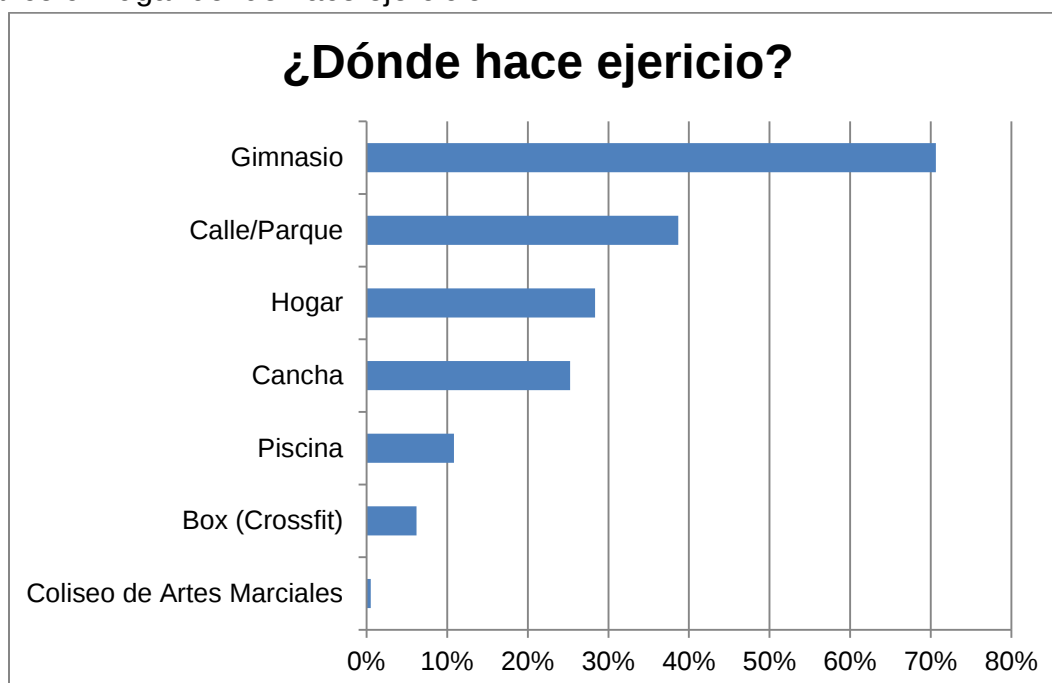
Fuente: Autores

Gráfico 8. Persona / fuente de información que formula el plan de ejercicio



Fuente: Autores

Gráfico 9. Lugar donde hace ejercicio



Fuente: Autores

Los gráficos 7,8 y 9 muestran información sobre por qué hacen ejercicio los encuestados, dónde y quién los guía en este trabajo. Se puede ver que, además de la búsqueda por un peso y masa muscular adecuados, lo que más motiva a las personas a comenzar a ejercitarse es el concepto de sentirse saludable y se puede asociar esta necesidad con el concepto que se denominará “La tendencia fitness”. La tendencia mundial de la vida fitness ha llegado a Cali desde hace algunos años y con ella se impone el deseo en las personas de tener vitalidad, salud, energía, disciplina y que todo esto se proyecte en un cuerpo delgado y definido; para la clínica esta tendencia es de gran ayuda, porque da una oportunidad de enganchar a los clientes a través de un deseo que ellos mismos manifiestan y es el sentirse saludable.

Es necesario resaltar que es un concepto de cuidado porque, al igual que todas las tendencias, puede tender a desaparecer y si bien este medio es excelente para atraer los pacientes el primer lugar, hay que diseñar tácticas que permitan que las personas sigan con esa pasión en el largo plazo. Sin embargo, cabe la posibilidad de que esta tendencia persista a futuro, consiguiendo más relevancia a nivel mundial y generando un cambio de mentalidad orientado a la salud; para la clínica este escenario es ideal porque hay mucha oportunidad de negocio y potenciales clientes.

Con los gráficos 8 y 9 puede verse la preferencia de las personas por ir a un gimnasio, la mayoría de los encuestados que hacen ejercicio afirman que reciben la guía de un instructor de gimnasio y que es en este lugar donde buscan alcanzar sus objetivos. Si bien esto podría representar una amenaza, es importante resaltar

que la clínica busca también complementar los planes de ejercicio que las personas tienen en el gimnasio; un individuo puede tener objetivos muy específicos que deben cumplirse por medio de planes personalizados que se hacen por medio de estudios de medición que la clínica ofrecería. Además, ir a un gimnasio es algo que generalmente le quita mucho tiempo a la persona, sin embargo una rutina que pueda desarrollarse en casa es algo mucho más corto que evita que se cree la excusa de falta de tiempo.

Tabla 7. Satisfacción de los resultados del ejercicio

¿Quedó satisfecho con sus resultados? Por Género			
	Si	No	Total general
F	84,48%	15,52%	100,00%
M	86,08%	13,92%	100,00%
Total general	85,13%	14,87%	100,00%

Fuente: Autores

La tabla 7 se basa en la satisfacción de los encuestados frente a su forma de ejercitarse y puede verse que casi el 15% de las personas no alcanzó lo que deseaba con sus planes de ejercicio, esto muestra un mercado al que le puede interesar una nueva forma de entrenar, tal como lo ofrece la clínica y que está dispuesta a cambiar sus antiguos hábitos con tal de ver los resultados deseados.

VI. IV. INDICIOS DE INTERÉS POR LA CLÍNICA

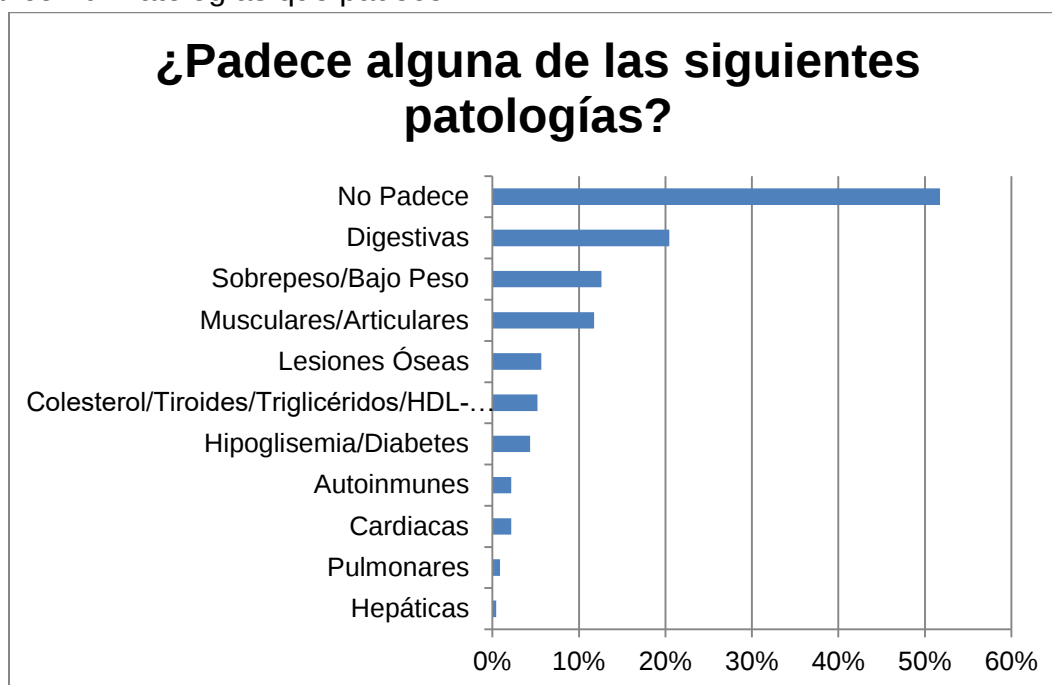
Con las anteriores secciones se buscaba conocer un poco más a los encuestados en cuanto a su estilo de vida, sus preferencias y las formas de cuidar su salud. En esta última división se busca determinar el grado de interés de los encuestados en recibir algunos de los servicios que la clínica ofrecería; esto se desglosa de conocer si la población padece de enfermedades que puedan tener mejoras con ejercicio, y su disposición a tratarlas con ayuda profesional de la clínica, además de indagar que tan relacionadas están las personas con la medicina deportiva.

Tabla 8. Personas que se consideran sanas

Personas Sanas por Género	
F	64
M	55
Total general	119

Fuente: Autores

Gráfico 10. Patologías que padece



Fuente: Autores

En la tabla 8 se puede observar el número de hombres y mujeres que se consideran libres de alguna de las enfermedades que busca tratar la clínica; de este modo, los hombres se consideran en proporción más sanos que las mujeres. El gráfico 10 confirma que, en total, más del 50% de personas se considera sana. Las enfermedades que más aquejan a los encuestados son las digestivas, los problemas musculares y el sobrepeso, representando una oportunidad para la clínica porque un médico deportólogo, junto con su equipo de trabajo, está en la capacidad de mejorar la calidad de vida de un paciente por medio de terapias físicas y un adecuado acompañamiento nutricional. Es destacable que las personas son conscientes de sus problemas de peso, es valioso para la clínica que las personas reconozcan que necesitan ayuda pues esta disposición facilita el tratamiento y el éxito de los procesos. Finalmente es importante resaltar que las

enfermedades digestivas y musculares pueden ser bastante molestas y crónicas pero son de fácil tratamiento y, de implementarse el adecuado tratamiento, la persona podrá notar una mejoría significativa en poco tiempo.

Tabla 9. Conocimiento de los beneficios de dieta y ejercicio para tratar enfermedades por edad

Conocimiento sobre efectos benéficos de dieta y ejercicio en patologías por edad			
	Si	No	Total general
16-25	65,08%	34,92%	100,00%
26-35	53,85%	46,15%	100,00%
36-45	86,36%	13,64%	100,00%
46-55	81,82%	18,18%	100,00%
56-65	87,50%	12,50%	100,00%
66-75	71,43%	28,57%	100,00%
Total general	70,00%	30,00%	100,00%

Fuente: Autores

Tabla 10. Conocimiento de los beneficios de dieta y ejercicio para tratar enfermedades por género

Conocimiento sobre efectos benéficos de dieta y ejercicio en patologías por género			
	Si	No	Total general
F	75,69%	24,31%	100,00%
M	60,47%	39,53%	100,00%
Total general	70,00%	30,00%	100,00%

Fuente: Autores

Tabla 11. Disposición a cambiar los hábitos para tratar una enfermedad

Cambio de hábitos para tratar enfermedades por género							
	Haría ejercicio		Total	No haría ejercicio		Total	Total general
	Con dieta	Sin dieta		Con dieta	Sin dieta		
F	81,25%	12,50%	93,75%	6,25%	0,00%	6,25%	100,00%
M	79,31%	10,34%	89,66%	3,45%	6,90%	10,34%	100,00%
Total general	80,73%	11,93%	92,66%	5,50%	1,83%	7,34%	100,00%

Fuente: Autores

Tabla 12. Disposición a cambiar los hábitos para alcanzar objetivos físicos

Cambio de hábitos para alcanzar objetivos físicos por género							
	Haría dieta		Total	No haría dieta		Total	Total general
	Con ejercicio	Sin ejercicio		Con ejercicio	Sin ejercicio		
F	77,08%	9,03%	86,11%	8,33%	5,56%	13,89%	100,00%
M	76,74%	10,47%	87,21%	4,65%	8,14%	12,79%	100,00%
Total general	76,96%	9,57%	86,52%	6,96%	6,52%	13,48%	100,00%

Fuente: Autores

Las tablas 9, 10, 11 y 12 dan una visualización del conocimiento de los encuestados sobre el tratamiento de las enfermedades en las que la clínica se enfocaría así como su interés y disposición a recibir una valoración inicial y a realizar cambios en su vida necesarios para alcanzar los objetivos deseados.

En primer lugar es evidente que las personas, en general, son conscientes que las patologías mencionadas en la encuesta se pueden tratar con ejercicio y buena alimentación; sin embargo, en la tabla 9 se muestra que las personas jóvenes tienen menos conocimientos en el tema, pues a su corta edad aún no han sufrido patologías que requieran un cambio radical en su estilo de vida. Además, las mujeres, en mayor proporción que los hombres, reconocen los efectos benéficos para la salud y las enfermedades de la actividad física y una adecuada nutrición (ver tabla 10).

La tabla 11 relaciona la voluntad que tiene una persona de tratar su enfermedad con un cambio en su alimentación y un aumento en su actividad física. Se muestra que casi la totalidad de los encuestados haría ejercicio y cambiaría la forma en la que se alimenta para tratar su enfermedad. Este es un excelente indicio de que las personas estarán dispuestas a realizar cambios en su vida que, si bien pueden

ser difíciles al principio, en el mediano plazo se obtendría resultados positivos para la salud.

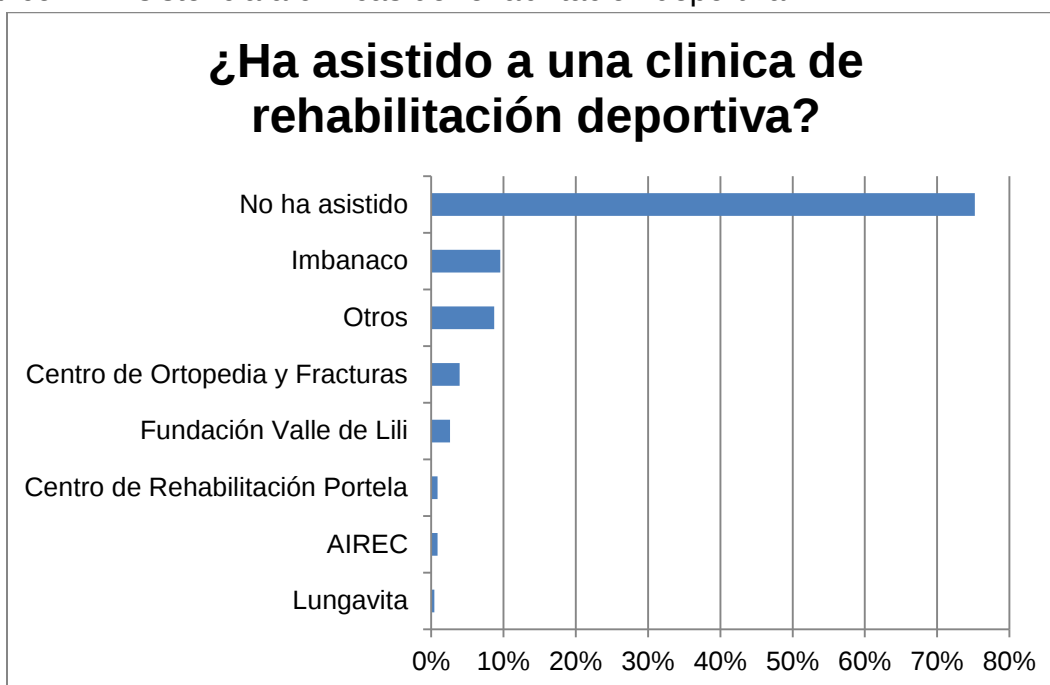
En la tabla 12, se puede apreciar que una mayoría significativa de los encuestados estaría dispuesta a cambiar su forma de alimentarse para alcanzar objetivos físicos, y además que estaría interesado en consultar un médico especialista para que por medio de un plan de ejercicio alcance dichos objetivos. Lo anterior brinda un panorama esperanzador para la conformación de la clínica pues muestra que los potenciales pacientes no solo tienen el deseo de estar saludables y alcanzar sus objetivos estéticos sino también que están dispuestos a hacer grandes cambios en pro de su beneficio futuro.

Tabla 13. Conocimiento sobre la medicina deportiva

¿Sabe que es la medicina deportiva? Por Género			
	Si	No	Total general
F	42,36%	57,64%	100,00%
M	50,00%	50,00%	100,00%
Total general	45,22%	54,78%	100,00%

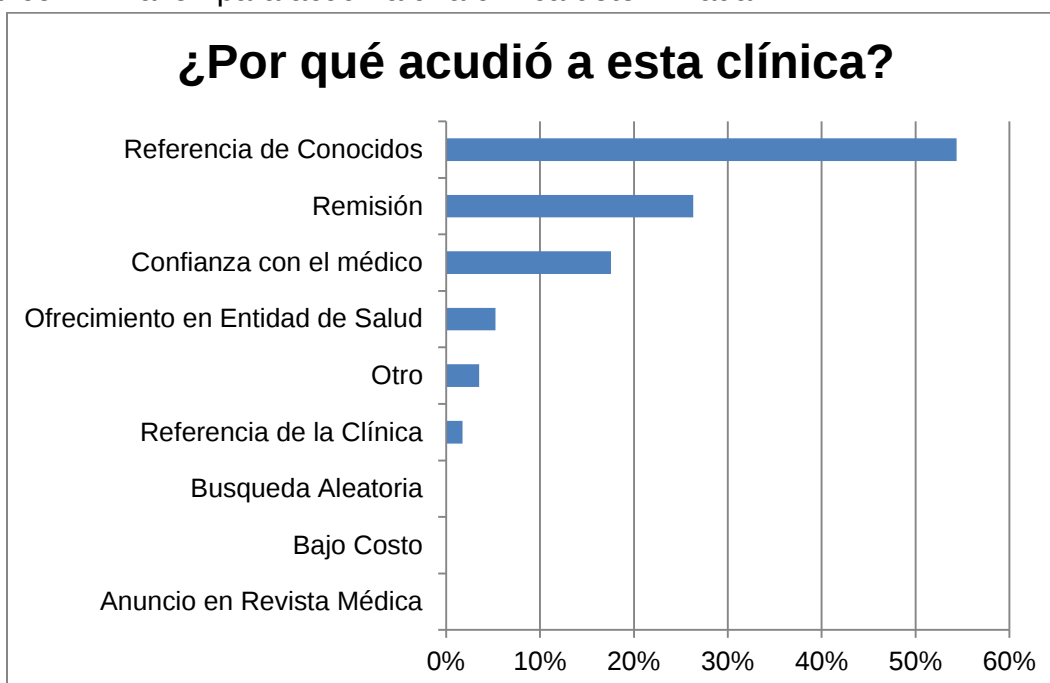
Fuente: Autores

Gráfico 11. Asistencia a clínicas de rehabilitación deportiva



Fuente: Autores

Gráfico 12. Razón para acudir a una clínica determinada



Fuente: Autores

La tabla 13 expone que la mayoría de las personas no saben que es la medicina deportiva, siendo los hombres un mayor conocimiento que las mujeres en el tema. De esta forma, es posible observar que el concepto no está muy popularizado y que la clínica debe trabajar en esto y crear consciencia para que las personas entiendan todo los beneficios que implica la ciencia de la medicina del deporte y con esto desmentir muchos mitos de hábitos falsamente conocidos como saludables.

Confirmando lo anterior, el gráfico 11 muestra que la mayoría de las personas encuestadas no han asistido a un médico especialista en deporte. Entre las personas que contestan afirmativamente, se evidencia que existe una preferencia por el Centro Médico Imbanaco (CMI) confirmándolo como uno de los principales competidores que tendría la clínica. Excluyendo al CMI, las preferencias de los encuestados son inespecíficas, es decir, visitan sitios diversos para buscar un médico deportólogo; esto le abre a la clínica una opción de posicionarse con mayor facilidad en el mercado.

Finalmente, en el gráfico 12 se puede observar que las personas asisten a estos especialistas principalmente por referencias por parte de conocidos, seguido de confianza con el médico y remisiones. De esto se puede obtener que los encuestados no busca por sus propios medios a un especialista, sino que prefieren confiar en los criterios de otras personas mostrando una oportunidad de una estrategia tipo voz a voz para dar a conocer la clínica y sus servicios.

Tabla 14. Conocimiento de la medicina deportiva para mejorar el rendimiento de un deportista.

¿Sabe que la medicina deportiva puede mejorar su rendimiento?			
	Si	No	Total general
Deportistas	60,61%	39,39%	100,00%
Total general	60,61%	39,39%	100,00%

Fuente: Autores

Para concluir este análisis, en la tabla 14 es posible notar que la mayoría de las personas que practican un deporte de forma competitiva saben que pueden mejorar su rendimiento de forma objetiva. Sin embargo, despierta la curiosidad que el 40% de estas desconocen que por medio de un estudio adecuado de medición pueden obtener un plan personalizado que les ayude a mejorar su estado físico, tiempos de entreno, entre otros factores que en general les permitirán ser unos mejores deportistas.

VII. CONCLUSIONES

La investigación de mercados se realizó con el fin de responder al objetivo general planteado al inicio de este trabajo. Según los datos recogidos y analizados es posible afirmar que la población objetivo tiene el deseo de estar saludable y verse bien pero que hay desconocimiento de cómo lograrlo, por esto es viable la creación de una clínica de rehabilitación física y deportiva. Cabe aclarar que, hasta el momento, es viable desde el lado del mercadeo, el paso siguiente sería hacer una evaluación financiera completa que confirme lo anterior.

En la mayoría de los puntos tratados los encuestados mostraron que se interesan por un estilo de vida saludable y que cuentan con la disposición para cambiar sus hábitos, además que hay la intención de recibir una valoración profesional que guíe la forma de alimentarse y de realizar actividad física según los objetivos personales. Los datos además muestran que las personas buscan la opinión de gente con experiencia en el tema y que tenga referencias de éxito, son pocas las personas que afirman que prefieren realizar planes bajo criterio propios o que encuentran en internet; de este modo, la clínica, asistida de los profesionales, tiene la oportunidad de suplir esta necesidad de tener una guía para cumplir sus metas.

Por otro lado, se evidenció que para los encuestados no es primordial el costo del servicio sino ver los resultados ya que muchas personas refieren haber iniciado varias dietas y planes de ejercicio sin ver un efecto claro en el mediano plazo.

Para la clínica esta es la oportunidad de contratar profesionales con experiencia y de realizar planes innovadores que aseguren la satisfacción total de los pacientes, teniendo en cuenta diversos factores como la falta de tiempo y las patologías existentes a tratar, que al final dará como consecuencia un plan totalmente personalizado y de acuerdo a las necesidades específicas del cliente.

Es importante resaltar que no hay un centro médico que las personas prefieran, es decir, entre los lugares que se investigaron como posible competencia no se destaca uno o más lo suficiente como para concluir que hay un líder. Esto es ideal porque exhibe que la distribución de clientes en los centros existentes es bastante similar, mostrando una oportunidad para la clínica de entrar al mercado dado que no hay una preferencia fija; es el momento correcto para no dejar que otros sitios similares tomen control del mercado.

Finalmente, se puede observar que la clínica tiene la necesidad de concientizar a las personas de los efectos positivos que tiene para la salud una alimentación sana y realizar actividad física pues mucha gente solo cree que es para verse bien y desconoce que esto puede ayudarles a tratar y prevenir enfermedades. Además, es el momento de sacar provecho de la tendencia que ha creado pasión por el deporte e informar a la gente sobre qué es la medicina deportiva y cómo a través de esta se puede cambiar el estilo de vida radicalmente y asegurar un mejor futuro.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Arboleda Arango, A. M. (2015). Regímenes de Salud y percepciones del Consumidor acerca de las Instituciones de Salud. Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <http://hdl.handle.net/10906/78751>
2. Badiel Ocampo, M. & Fundación Valle de Lili (2003). Estilo de vida y salud. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <http://hdl.handle.net/10906/4519>
3. Banco Mundial (2016). Health Nutrition and Population Statistics. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de http://databank.worldbank.org/data/download/hnp_stats_excel.zip
4. Cabrera, V. (2001). Las ayudas ergogénicas en el deporte: mitos y realidades primera parte: conceptos y clasificación. La Habana: Instituto de Medicina del Deporte. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <http://www.imd.inder.cu/adjuntos/article/241/Las%20ayudas%20ergog%C3%A9nicas%201.pdf>
5. Cáceres, R. G., Valdivieso, S. T., É. S., Gómez, H. B., Díaz, B. M., & Silva, H. F. (2009). Creación de valor en la cadena de abastecimiento del sector salud en Colombia. Cuadernos de Administración, pp. 235-256.
6. Camacho Burbano, M., Díaz Montoya, P. A., Aguilar Marulanda, M. F., Bustamante Jiménez, D., Libreros Pardo, E., López Orjuela, K. & Ramírez Tenorio, D. (2015). Investigación sobre alimentación saludable "el

- consumidor que se cuida". Santiago de Cali: Universidad Icesi. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <http://hdl.handle.net/10906/79484>
7. Cendex (2013). Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. Bogotá. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/DisponibilidadDistribuci%C3%B3nMdEspecialistasCendex.pdf>
 8. Cisneros, F. (2003). Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/SistemaSeguridadSocialColombia.pdf>
 9. Dane (2014). Encuesta Longitudinal de Protección Social – ELPS 2012. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/ELPS/Pres_ELPS_2012.pdf
 10. Dane (2016). Encuesta Nacional de Calidad de Vida – ECV 2015. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Presentacion_ECV_2015.pdf.
 11. Dane (2016). Proyecciones de población: Visor: Proyecciones de población total por sexo y grupos de edad de 0 hasta 80 y más años (2005 - 2020). Recuperado el 1 de Mayo de 2017 de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

12. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (2007). Metodología y herramientas para la mejora continua. México: Secretaría de Salud.
13. Emerging Markets Information Service EMIS (2015). EMIS Benchmark Key Indicators: Hospitals (622). Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <https://www.emis.com/php/benchmark/sector/indicators?pc=CO&subp=&indu=622>
14. Garnés, A., Mas, O. (2005) Ayudas ergogénicas en el deporte. Buenos Aires Argentina: Efe Deportes. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <http://www.efdeportes.com/efd86/ergog.htm>
15. González, J. (2006). Ayudas Ergogénicas y Nutricionales. Primera Edición. Editorial Paidotribo. Barcelona. Pp. 43-96
16. González, J., Sánchez, P., Mataix, J. (2006) Nutrición en el deporte: Ayudas ergogénicas y dopaje. Primera Edición. Editorial Díaz de Santos. España. Pp. 347-370
17. Guerrero, R., Gallego Londoño, A. I., Becerril-Montekio, V. & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <http://hdl.handle.net/10906/78313>
18. Marín Idárraga, D. A. & Losada Campos, L. Á. (2015). Estructura organizacional y relaciones inter-organizacionales: análisis en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas de Colombia. Santiago de Cali: Universidad Icesi. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <http://hdl.handle.net/10906/77266>

19. Matallana, M., & Varela, S. (2005). Informe diagnóstico y perspectivas de los estudios de postgrado en Colombia. Bogotá, Colombia.
20. Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Cifras Financieras del Sector Salud: Gasto en Salud de Colombia 2004 – 2011. Boletín trimestral No 2. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/Cifras%20financieras%20del%20Sector%20Salud%20-%20Bolet%C3%ADn%20No%202.pdf>
21. Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2014. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/estudios-sostenibilidad-y-suficiencia-2014.pdf>
22. Observatorio de Políticas Públicas (POLIS) & Lesmes Duque, M. C. (2010). Situación de Salud en Santiago de Cali. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <http://hdl.handle.net/10906/3758>
23. Observatorio de Políticas Públicas (POLIS), Sanabria Pulido, P. P. & Hurtado Londoño, M. (2010). Análisis de Algunos Indicadores de Salud de Cali y Perspectiva de Política Pública. Santiago de Cali: Universidad Icesi. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <http://hdl.handle.net/10906/3756>.

24. Orrego-Gaviria, J. & Martha Ligia, L. D. M. (2013). Enfermedades no transmisibles y estilos de vida saludable. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <http://hdl.handle.net/10906/76152>
25. Portafolio (2015). Así están distribuidos los colombianos por estratos sociales. Recuperado el 1 de Mayo de 2017 de <http://www.portafolio.co/tendencias/distribuidos-colombianos-estratos-sociales-57300>
26. República, S. d. (23 de Diciembre de 1993). Senado de la República. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
27. Rivera, A. F. (2013). Coyuntura del sistema de salud en Colombia: caracterización de una crisis, desde las particularidades financieras de las EPS. Gestión & Desarrollo, 10 (1), pp. 103-116. Santiago de Cali: Universidad San Buenaventura. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <http://www.usbcali.edu.co/sites/default/files/gyd10-cap5.pdf>
28. Sarmiento, C. A. (2009). Proyecto de consultoría y asistencia técnica con la comisión de regulación en salud – CRES. Anexo 3,1: Comentarios a niveles de complejidad y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Acuerdo%2008%20de%202009%20-%20Anexo%20tecnico%20-%20Proyecto%20de%20Consultoria%20y%20Asistencia%20T%C3%A9cnica.pdf

29. Secretaría de Salud Pública Municipal Cali- CEDETES. "Proyecto de Implementación del Sistema de Vigilancia de Factores Riesgo del Comportamiento Asociados con ECNT en Cali". 2005.
30. Urbina, C. (2009). Percepción del uso de ayudas ergogénicas y rendimiento deportivo de la academia de natación de Compensar. Bogotá D.C.: Universidad Javeriana. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis381.pdf>
31. Viteri Cabezas, J. P. & Ramírez Sánchez, M. J. (2015). Investigación de mercados. Impacto de nuevas tendencias en el consumo de complementos nutricionales. Santiago de Cali: Universidad Icesi. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <http://hdl.handle.net/10906/79242>
32. Zúñiga Osorio, A. (2016). La crisis financiera del sistema de salud en Colombia: un acercamiento desde las EPS. Santiago de Cali: Universidad Icesi. Recuperado el 16 de Noviembre de 2016 de <http://hdl.handle.net/10906/79398>

ANEXO 1

Buenos días, somos Andrés Quintero y Nathally Caicedo, estudiantes de Economía de la universidad ICESI, en esta oportunidad quisiéramos hacerle unas preguntas sobre nutrición, salud y deporte para una investigación de mercados en desarrollo.

→En las preguntas de opción múltiple puede seleccionar más de una.

1. Para empezar, ¿Ud. sigue o ha seguido alguna dieta, o le han formulado un plan de alimentación?

1. SI () 2.NO ()

→Si la respuesta a la pregunta 1 es NO, pase a la pregunta 7.

2. ¿Quién fue el encargado de formularlo o dónde encontró usted la guía para su dieta?

1.Instructor de gimnasio	
2.Entrenador (si practica deporte)	
3.Esteticista o masajistas de centros de belleza	
4.Internet	
5.Libros o revistas	
6.Nutricionista	
7.Médico deportólogo	
8.Médico no especialista en deporte o en nutricionismo	
9.Consejos de personas conocidas	
10.Bajo criterio propio	
11.Otro	

3. ¿Por qué inició su dieta o plan de alimentación?

1. Perder o mantener peso	
2. Ganancia de masa muscular	
3. Problemas digestivos (gastritis, colon irritable, intolerancias, reflujo, etc.)	
4. Migrañas	
5. Hipercolesterolemia, problemas de tiroides, triglicéridos, HDL/LDL	
6. Hipoglucemia o diabetes	
7. Anemia	
8. Problemas hepáticos	
9. Problemas vasculares	
10. Aumentar el rendimiento deportivo	
11. Otro ¿cuál?	

4. ¿Por qué acudió a esta persona o fuente de información?

1. Bajo Costo	
2. Referencias de éxito por parte de conocidos	
3. Confianza o relación cercana con la persona	
4. Conocimiento o estudios de la persona	
5. Base en investigaciones científicas	
6. Porque le gustó una dieta y quiso seguirla	
7. Remisión por parte de su entidad de salud	
8. Remisión por parte de otro médico	
9. Otro	

5. ¿Vio los resultados de su dieta o plan alimenticio?

1. SI () 2. NO ()

→ Si la respuesta a la pregunta 5 es NO, continúe a la pregunta 7

6. ¿Cuánto tiempo transcurrió para que usted viera los resultados de su dieta?

1. Menos de 1 mes	
2. 1 a 3 meses	
3. 3 a 6 meses	
4. 6 meses a 1 año	
5. Más de 1 año	

7. ¿Usted usa o ha usado suplementos nutricionales para bajar de peso, aumentar masa muscular, mejorar su rendimiento físico, reducir medidas o porcentaje graso?

1. SI () 2.NO ()

→Si la respuesta a la pregunta 7 es NO, pase a la pregunta 13.

8. ¿Qué suplementos ha utilizado?

1.Complejos vitamínicos o minerales	
2.Proteínas	
3.Aminoácidos	
4.Creatina	
5.L-Carnitina	
6.Glucosamina	
7.Bicarbonato sódico	
8.Lecitina	
9.Glutamina	
10.Cafeína / Taurina	
11.Otro, ¿Cuál?	

9. ¿Quién fue el encargado de formularse los o dónde encontró usted la información para consumir estos suplementos?

1.Instructor de gimnasio	
2.Entrenador (si practica deporte)	
3.Esteticista o masajistas de centros de belleza	
4.Internet	
5.Libros o revistas	
6.Nutricionista	
7.Médico deportólogo	
8.Médico no especialista en deporte ni nutrición	
9.Consejos de personas conocidas	
10.Bajo criterio propio	
11.Otro	

10. ¿Por qué acudió a esta persona o fuente de información?

1.Bajo Costo	
2.Referencias de éxito por parte de conocidos	
3.Confianza o relación cercana con la persona	
4.Conocimiento o estudios de la persona	
5.Base en investigaciones científicas	
6.Porque le gustó el plan de ejercicios	
7.Automedicado, sin fundamento claro	
8.Otro	

11. ¿Vio los resultados de estos suplementos en su organismo?

1. SI () 2.NO ()

→Si la respuesta a la pregunta 11 es NO, continúe a la pregunta 13

12. ¿Cuánto tiempo transcurrió para que usted viera los resultados?

1. Menos de 1 mes	
-------------------	--

2. 1 a 3 meses	
3. 3 a 6 meses	
4. 6 meses a 1 año	
5. Más de 1 año	

13. ¿Ud. hace o ha realizado ejercicio o actividad física de forma frecuente (3 o más veces a la semana)?

1. SI () 2.NO ()

→Si la respuesta de la pregunta 13 es NO, pase a la pregunta 18.

14. ¿Quién fue el encargado de guiarlo, entrenarlo o darle los ejercicios que tuvo o tiene que realizar?

1.Instructor de gimnasio	
2.Entrenador (si practica deporte)	
3.Internet	
4.Libros o revistas	
5.Médico deportólogo	
6.Médico no especialista en deporte	
6.Consejos de personas conocidas	
7.Bajo criterio propio	
8.Otro	

15. ¿Por qué empezó a hacer ejercicio?

1. Perder o mantener peso	
2. Ganancia de masa muscular	
3. Problemas cardiacos	
4. Hipercolesterolemia, problemas de tiroides, triglicéridos.	
5. Problemas de columna	
6. Sentirse saludable	
7. Pasión por el deporte o como hobby	
8. Con fines competitivos	
9. Sustento económico (recibir un salario a cambio)	
10. Otro ¿cuál?	

16. ¿Dónde hace ejercicio?

1. Gimnasio	
2. Hogar	
3. Calle / parques	
4. Piscina	
5. Cancha (futbol, voleibol, basquetbol)	
6. Box (crossfit)	
7. Otro ¿cuál?	

17. ¿Quedó o está satisfecho con el resultado de su plan de ejercicio?

1. SI () 2. NO ()

→ Si usted realiza ejercicio actualmente, pase a la pregunta 19

18. ¿Por qué no hace ejercicio actualmente?

1.Falta de tiempo	
2.Falta de dinero	
3.Adquirió otros hobbies	
4.No le interesa / no le gusta	
5.Embarazo	
6.Tiene algún impedimento de salud ¿cuál?	
7.Otro ¿cuál?	

19. Padece de alguna(s) de las siguientes patologías:

1.Enfermedades cardiacas	
2.Enfermedades pulmonares	
3.Problemas digestivos (gastritis, colon irritable, intolerancias, reflujo, etc.)	
4.Problemas musculares o articulares	
5. Hipercolesterolemia, problemas de tiroides, triglicéridos.	
6.Hipoglicemia o diabetes	
7.Sobrepeso u obesidad / bajo peso	
8.Lesiones óseas	
9.Problemas hepáticos	
10.Enfermedades autoinmunes	

- No padece de ninguna de las enfermedades mencionadas ()

20. ¿Sabía que todas las enfermedades mencionadas en la pregunta anterior, y algunas patologías crónicas, se pueden tratar con ejercicio o rehabilitación física y una adecuada alimentación?

1. SI () 2.NO ()

→En caso de que no padezca de ninguna de las enfermedades mencionadas anteriormente pase a la pregunta 23

21. ¿Le gustaría tratar su enfermedad con ejercicio o terapia física?

1. SI () 2.NO ()

22. ¿Cambiaría la forma en la que come (alimentos y numero de comidas al día) para ayudar al tratamiento de su enfermedad?

1. Cambiaría () 2.No cambiaría, siento que como de forma correcta ()

23. ¿Sabe qué es la medicina deportiva?

1. SI () 2.NO ()

24. ¿Ha asistido dónde un médico especialista en deporte?

1. SI (), Seleccione en la siguiente tabla el lugar donde asistió
2.NO ()

1.Centro Médico Imbanaco	
2.Fundación Valle de Lili	
3.Clínica Lungavita	
4.Centro de Ortopedia y Fracturas	
5.AIREC	
6.Centro de rehabilitación Portela	
7.Otro ¿Cuál?	

→Si la respuesta en NO pase a la pregunta 26

25. ¿Por qué asistió a ese especialista?

1.Remisión por parte de otro médico	
2.Referencias por parte de conocidos	
3.Confianza o relación cercana con el médico	
4.Lo vio en un anuncio o revista médica	
5.Llamó a la clínica y le dieron la cita sin conocer al medico	
6.Bajo costo	
7.Se lo ofrecieron en su entidad de salud	
8.Buscó médicos y aleatoriamente escogió uno	
9.Otro ¿Cuál?	

26. ¿Practica algún deporte de forma competitiva?

1. SI () 2.NO ()

→Si la respuesta en NO pase a la pregunta 28

27. ¿Sabía que puede mejorar su rendimiento de forma objetiva? Esto significa que de acuerdo a un estudio de medición (exámenes de oxigenación, sangre, etc.) se hace un plan personalizado.

1. SI () 2.NO ()

28. ¿Estaría dispuesto a cambiar su forma de alimentarse para alcanzar algún objetivo físico como adelgazar, aumentar masa muscular, entre otros?

1. Cambiaría () 2.No, aunque quisiera alcanzar mis objetivos seguiría comiendo igual ()

29. ¿Estaría interesado en consultar un médico especialista, para recibir un plan de ejercicio personalizado y así alcanzar uno o varios objetivos específicos como aumento de masa muscular, reducción de índice de grasa corporal, disminución de peso o mejorar el rendimiento físico?

1. SI () 2.NO ()

Nombre:

Edad:

Régimen de salud: EPS () Prepagada ()

Entidad de salud:

Teléfono:

Estrato:

E-mail:

Ocupación: