

**ANÁLISIS DE COSTOS DE LA UNIDAD FUNCIONAL LABORATORIO
CONTRATADO POR LA FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA DE LA CIUDAD
DE MEDELLÍN 2012 – 2014**

**YERSÍN ASPRILLA PALACIOS
ANA MARÍA ORTIZ AGUILAR
VERÓNICA MARÍA CAICEDO CORREA**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ
ESCUELA DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN DE GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD
MEDELLÍN**

2.015

**ANÁLISIS DE COSTOS DE LA UNIDAD FUNCIONAL LABORATORIO
CONTRATADO POR LA FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA DE LA CIUDAD
DE MEDELLÍN 2012 – 2014**

**YERSÍN ASPRILLA PALACIOS
ANA MARÍA ORTIZ AGUILAR
VERÓNICA MARÍA CAICEDO CORREA**

**Trabajo de Grado para Optar el Título de Especialistas en Gerencia de
Servicios en Salud**

Asesor

Juan José Acosta G.

**Docente de la Especialización en Gerencia de Servicios de Salud de la
Fundación Universitaria Luis Amigo**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ
ESCUELA DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN DE GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD
MEDELLÍN
2.015**

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

A nuestros padres por su apoyo infranqueable para lograr esta Importante meta académica; comenzando por Florencia Palacios Murillo y Wilson Asprilla Perea, padres de Yersín Asprilla Palacios; seguido de Irene Correa Muñoz y Raimundo Caicedo, el cual desde la inmortalidad celebra conmigo esta alegría, padres de Verónica María Caicedo Correa; y finalmente a Marta Amparo Aguilar Chavarría y Luis Fernando Ortiz Gañán, padres de Ana María Ortiz Aguilar. A todos ellos y ellas muchas gracias por el acompañamiento, apoyo, oraciones y consejos para lograr este nuevo objetivo alcanzado en nuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis, más que un trabajo de grado tiene un significado profundo y sincero. Por eso, hay numerosas personas a las que queremos agradecerles. Ellas Intervinieron de una u otra manera en el proceso de nuestra formación y en ésta etapa de nuestras vidas.

Ante todo, queremos agradecer a Dios y a nuestros padres por apoyarnos, creer en nosotros y en nuestros sueños. Ellos son la base de las personas que somos hoy en día. Con su dedicación y sus enseñanzas hemos crecido como unas personas afortunadas, dentro de un ambiente familiar, acogedor y hermoso.

Durante el año que pasamos en la Fundación Universitaria Luis Amigó, he conocido personas demasiado valiosas que, sembraron en nosotros un amor infinito por esta profesión y nos dieron oportunidades que permitieron desarrollarnos en el medio, a las cuales también queremos dedicar éstas letras de agradecimiento: los compañeros que se convirtieron en grandes amigos y los profesores de gran calidad, que nos dieron una excelente formación académica.

Igualmente, agradecemos a la Fundación Medico Preventiva, institución que nos brindó su apoyo para elaborar este proyecto. Sin ellos hubiera sido imposible realizar este trabajo.

Por último, y especialmente al director de tesis, Dr. Juan José Acosta G., docente de la Especialización en Gerencia de Servicios de Salud, de la Fundación Universitaria Luis Amigó. Sede Medellín: le agradecemos infinitamente por su paciencia, por su dedicación y por brindarnos la oportunidad de aprender de su experticia técnica.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	III
TABLA DE CONTENIDO	IV
LISTA DE GRÁFICAS	IX
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE FIGURAS	XI
LISTA DE CUADROS	XII
LISTA DE ANEXOS	XIII
GLOSARIO	XIV
RESUMEN	XV
SUMMARY	XVI
1. INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2. OBJETIVOS	5
1.2.1. OBJETIVO GENERAL	5

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.2.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL LABORATORIO CLÍNICO DE LA ENTIDAD	7
1.3.1. ARGUMENTACIÓN DEL ÁRBOL DE PROBLEMAS	8
1.3.2. ANÁLISIS DE CAUSALIDAD Y ALTERNATIVIDAD	11
CAPITULO II	14
2. FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL	14
2.1. RESEÑA HISTÓRICA	14
2.1.1. MISIÓN DE LA EMPRESA	15
2.1.2. VISIÓN DE LA EMPRESA	15
2.1.3. POLÍTICAS DE LA EMPRESA	16
2.1.4. VALORES CORPORATIVOS	16
2.1.5. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE LA EMPRESA	18
2.2. MARCO TEÓRICO	20
2.2.1. MARCO REFERENCIAL	20
2.3. MARCO CONCEPTUAL	21
2.3.1. TENDENCIAS DE SALUD EN COLOMBIA	21
2.3.1.1. La salud en el mundo	21
2.3.1.2. La salud en Colombia	23
2.3.1.3. Población y pirámide poblacional en Colombia (1990 – 2000 – 2009)	27
2.3.1.4. Estado de salud	29
2.3.1.5. Enfermedades crónicas	30
2.3.1.6. Enfermedades cardiovasculares	31
2.3.2. LA SALUD EN MEDELLÍN	33
2.3.2.1. Distribución poblacional por grupos de edad entre 1993 y 2010	34
2.3.2.2. Tasa de crecimiento	37
2.3.2.3. Cobertura en salud	40

2.3.2.4. Enfermedades crónicas no transmisibles	41
2.3.2.4.1. Enfermedad renal crónica:	43
2.3.2.4.2. Diabetes:	44
2.3.2.4.3. Enfermedades cardiovasculares:	44
2.3.2.4.4. Cáncer:	45
2.3.2.4.5. Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles:	47
2.3.3. OUTSOURCING O EXTERNALIZACIÓN DEL MARKETING	48
2.3.3.1. Antecedentes	49
2.3.3.2. Generalidades de Outsourcing	51
2.3.3.3. Definiciones de outsourcing	51
2.3.3.4. Por que utilizar outsourcing	54
2.3.3.5. Consenso de Washington en el Outsourcing	55
2.3.4. ALIANZAS ESTRATÉGICAS	60
2.3.4.2. Tipos de alianzas estratégicas	61
2.3.4.3. Ventajas y desventajas de las alianzas estratégicas	66
2.3.5. LABORATORIO CLÍNICO	69
2.3.5.1. Definiciones	71
2.3.5.2. Antecedentes	72
2.4. MARCO NORMATIVO	78
<u>CAPITULO III</u>	<u>88</u>
<u>3. MARCO METODOLOGICO</u>	<u>88</u>
3.1. DATOS DEL ESTUDIO:	88
3.2. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS:	89
3.3. SITUACION DE LA UNIDAD FUNCIONAL LABORATORIO DE LA FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA	90
3.3. ESTRUCTURA ANALÍTICA DEL ESTUDIO	92

CAPITULO IV	97
4. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	97
4.1. CANTIDAD DE PACIENTES RECIBIDOS EN LA TOMAS DE MUESTRAS DE LA FUNDACIÓN MÉDICA PREVENTIVA DURANTE LOS AÑOS 2012 – 2013 – 2014	98
4.2. CANTIDAD DE EXÁMENES DE LABORATORIO REALIZADOS EN LOS AÑOS 2012 – 2013 – 2014	99
4.3. COSTOS UNIDAD FUNCIONAL LABORATORIO FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA	100
4.4. DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO DURANTE LOS AÑOS 2012 – 2013 – 2014	102
4.5. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO DURANTE LOS AÑOS 2012 – 2013 – 2014	106
4.6. TERCERIZACIÓN DEL SERVICIO DE LABORATORIO DE LA FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA	108
4.7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	109
4.8. ESTUDIO FINANCIERO DEL TRABAJO	110
CAPITULO V	112
5. ASPECTOS ÉTICOS	112
CAPITULO VI	113
6. CONCLUSIONES	113
6.1. RECOMENDACIONES	115
BIBLIOGRAFÍA	118

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA **122**

ANEXOS **123**

LISTA DE GRÁFICAS

<i>Gráfica 1. Cantidad de usuarios. Años 2012 - 2013 - 2014</i>	<i>98</i>
<i>Gráfica 2. Cantidad exámenes de laboratorio años 2012 - 2013 - 2014</i>	<i>99</i>
<i>Gráfica 3. Costo exámenes de Laboratorio. Años 2012 - 2013 -2014</i>	<i>101</i>
<i>Gráfica 4. Distribución por género de los Exámenes de Laboratorio durante los años 2012 – 2013 – 2014</i>	<i>106</i>
<i>Gráfica 5. Distribución porcentual por género de los Exámenes de Laboratorio durante los años 2012 - 2013 - 2014</i>	<i>107</i>

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1. Análisis de causalidad y alternatividad</i>	11
<i>Tabla 2. Tasa de fecundidad y de mortalidad en la población. Medellín 2005 - 2010</i>	38
<i>Tabla 3. Distribución de la población de Medellín por edad y sexo año 2012</i>	39
<i>Tabla 4. Esperanza de vida en la población, según grupos de edad. Medellín 2005 - 2010</i>	40
<i>Tabla 5. Distribución porcentual de la población por clasificación de Sisben</i>	41
<i>Tabla 6. Matriz del marco lógico</i>	92
<i>Tabla 7. Tarifa promedio año ofertada por cada licitado proveedor</i>	96

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1. Concentración del gasto global</i>	22
<i>Figura 2. Inversión del PIB en la salud</i>	23
<i>Figura 3. Porcentaje de gasto público sobre gasto total en salud</i>	24
<i>Figura 4. Evolución del gasto per cápita en Colombia</i>	24
<i>Figura 5. Evolución de afiliados (%)</i>	25
<i>Figura 6. Ranking mejores hospitales de Latinoamérica</i>	26
<i>Figura 7. Pirámide poblacional Colombia 1990</i>	28
<i>Figura 8. Pirámide poblacional Colombia 2000</i>	28
<i>Figura 9. Pirámide poblacional Colombia 2009</i>	29
<i>Figura 10. Comparación pirámide de población de Medellín, años 1993 - 2010</i>	34
<i>Figura 11. Representación proporcional de población por estrato socioeconómico. Medellín 2010</i>	36
<i>Figura 12. Representación proporcional de población por pertenencia étnica. Medellín 2010</i>	37
<i>Figura 13. Tasa de crecimiento anual de la población. Medellín 2010</i>	37
<i>Figura 14. Primeras causas de mortalidad por cáncer. Medellín, 2005 - 2010</i>	46

LISTA DE CUADROS

<i>Cuadro 1. Matriz DOFA</i>	91
<i>Cuadro 2. Distribución de Usuarios, Exámenes y Costos en los años 2012 - 2013 - 2014</i>	100
<i>Cuadro 3. Distribución de edades de los Exámenes de Laboratorio durante los años 2012 - 2013 - 2014</i>	104
<i>Cuadro 4. Cronograma de actividades proyecto de grado</i>	109
<i>Cuadro 5. Inversiones (Costo)</i>	110
<i>Cuadro 6. Costo mano de obra (Costo mensual Recurso Humano)</i>	110
<i>Cuadro 7. Costo recurso humano. Análisis de la información</i>	111

LISTA DE ANEXOS

<i>Anexo 1. Tabla de enfermedades huérfanas. Pacientes de la IPS Fundación Médico Preventiva</i>	<i>_____ 123</i>
<i>Anexo 2. Costo de exámenes de Laboratorio de patologías de alto costo</i>	<i>_____ 124</i>

GLOSARIO

Costo: Monto económico que representa la fabricación de cualquier componente, producto, o la prestación de cualquier servicio. Conociendo el costo de un producto o servicio, se puede determinar el precio de venta al público de dicho producto o servicio.

Costo Unitario: Consiste en la cotización que se suele hacer para establecer el precio de venta al artículo que. Generalmente se estiman antes de que se realice la producción y entrega de productos. Por eso se les conoce como costos estándar.

Costo Total: Es la suma de los costos fijos más los costos variables.

Costos Fijos: Son aquellos costos que no son sensibles a pequeños cambios en los niveles de actividad de una empresa, sino que permanecen invariables ante esos cambios.

Costo Variable: Aquel que se modifica de acuerdo a variaciones del volumen de producción (o nivel de actividad), se trate tanto de bienes como de servicios.

Laboratorio Clínico: Es el establecimiento público o privado en el cual se realizan los procedimientos de análisis de especímenes biológicos de origen humano, como apoyo a las actividades de diagnóstico, prevención, tratamiento de las enfermedades seguimiento, control y vigilancia de las enfermedades.

RESUMEN

En este trabajo se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, para analizar los costos por el servicio de Laboratorio Clínico de La Fundación Médico Preventiva, institución prestadora de servicios de salud en todos los niveles de atención.

El objetivo de este trabajo es analizar los costos financieros de la Unidad Funcional de Laboratorio y su incidencia en la rentabilidad de la Fundación Médico Preventiva durante el período 2012-2014.

Se evidencio que el aumento en la frecuencia de uso de este servicio por parte del médico de familia, es uno de los factores contribuyentes al incremento del costo de esta Unidad Funcional, agravado por el hecho de que en un alto porcentaje de los ordenamientos son magnitudes redundantes, que proporcionan la misma información y no aportan nada nuevo para el seguimiento del paciente, a sí mismo la tercerización del servicio de Laboratorio clínico, aunque se ha convertido una excelente alternativa para subsanar las necesidades de ayudas diagnosticas a la IPS FMP, el hecho de que se incrementen los pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas, se aumenten los exámenes de alto nivel de complejidad y el Ingreso periódico de nuevos afiliados hacen que este outsourcing por el momento no sea tan ventajoso para la empresa.

Se concluye que a partir de los resultados que se deriven de la ejecución de este estudio, las directivas de la institución podrán tener una visión más clara de la situación de la Unidad Funcional de Laboratorio, y posibles factores coadyuvantes en el impacto negativo del incremento del costo y de esta forma establecer estrategias, que permitan controlar o neutralizar la situación actual de este servicio.

SUMMARY

This work presents a retrospective descriptive cross-sectional study was conducted to analyze the costs for the services of Clinical Laboratory Preventive Medical Foundation institution providing health services at all levels of care.

The aim of this paper is to analyze the financial costs of the Functional Unit Laboratory and its impact on the profitability of the Preventive Medical Foundation for the period 2012-2014.

It was evident that the increased frequency of use of this service by the family doctor, is one of the contributing factors to the increased cost of this functional unit, aggravated by the fact that a high percentage of the systems are magnitudes redundant, which they provide the same information and nothing new for patient monitoring, self service outsourcing clinical laboratory, but has become an excellent alternative to address the needs of diagnostic aids IPS FMP, the fact that patients with chronic and degenerative diseases increase, exams high level of complexity and newspaper Entering new affiliates make this outsourcing for the moment is not so advantageous to the company increase.

We conclude that from the results arising from the execution of this study, the directives of the institution may have a clearer picture of the situation of the Functional Unit Laboratory, and possible contributing factors in the negative impact of increased cost and thus establish strategies that allow control or reverse the current situation of this service.

1. INTRODUCCIÓN

La Fundación Medico Preventiva (FMP) es una institución prestadora de servicios de salud, del régimen de excepción que atiende a la población del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales en Antioquia, Choco, Caldas, Quindío y Risaralda y el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales Ferrocarriles Nacionales de Antioquia. En este momento cuenta con alrededor de 105.000 afiliados. Se cuenta con una población altamente mayor, de la cual aproximadamente 14.000 usuarios padecen de enfermedades crónicas.

Estas características hacen que la demanda a los servicios de salud sea muy altas y que requiera de una atención muy especializada e integral.

La revisión de costos proporciona la información que se requiere para elaborar reportes de uso interno, las Altas directivas, la Gerencia y la Subdirección Administrativa se enfrentan constantemente con diferentes situaciones que afectan directamente el funcionamiento de la empresa. La información que se obtenga acerca de los costos y los gastos en que incurre la organización para realizar la actividad de Laboratorio, y que de alguna manera rige su comportamiento, son de vital importancia para la Toma de decisiones de una manera rápida y eficaz. Lastimosamente las empresas no pueden seguir realizando tareas que no le generen valor, por lo cual deben de eliminarse o reestructurarse todas aquellas que entorpezcan y no ayuden al desempeño eficaz de los factores productivos, porque este valor, es lo que le da posicionamiento privilegiado o menospreciado que se tenga del mercado, medido esto por la calidad y la eficacia de los servicios, los precios bajos, créditos remanentes. El Modelo de costos debe aplicarse a la formación de la cadena de valor de la empresa, distribuyendo los costos de una manera equitativa entre sus elementos.

Este trabajo tiene como objeto fundamental un análisis sobre los costos financieros, cuyos resultados permitirán a la Alta Gerencia disponer de elementos

que le permitan tomar decisiones en lo relativo a las posibles estrategias que permitan disminuir el impacto del costo y ofrezca mayor beneficio a la empresa.

Los aspectos contemplados en este trabajo, se han estructurado de la siguiente forma:

En el Capítulo I se plantea, delimita y justifica el problema objeto de estudio, se formulan los objetivos del trabajo y se incluye un glosario de términos para una mejor comprensión del mismo.

El Capítulo II sirve de marco para hacer una breve reseña de los antecedentes del estudio, la historia y estructura organizacional de la empresa, y las bases teóricas que sustentan el trabajo.

En el Capítulo III se explican los fundamentos metodológicos que guiaron la realización del trabajo, tales como: tipo y nivel de investigación, las técnicas, herramientas y procedimientos que se aplicaron.

El Capítulo IV Se expone las herramientas financieras y estadísticas de los resultados financieros de la FMP, los gráficos y el análisis de los resultados obtenidos en el estudio.

En el Capítulo V Se revisan los Aspectos Éticos

En el Capítulo VI se muestran las conclusiones obtenidas en el trabajo, y las recomendaciones.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Salud constituye uno de los derechos sociales fundamentales del ser humano. De acuerdo a la Constitución Política de Colombia (Ley Estatutaria Febrero 2015), corresponde al Estado garantizar este derecho, a través de la “promoción y desarrollo de políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso de los servicios”. En tal sentido, el Estado ha venido promoviendo el fortalecimiento de un sistema de salud, el cual tiene como prioridad el fomento de la vitalidad, la prevención de lesiones, enfermedades infecciosas y no infecciosas, la organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas y degenerativas, así como la rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas. A pesar de los esfuerzos de distintos gobiernos en garantizar un servicio de salubridad el cual se rija por principios de gratuidad, universalidad, equidad y solidaridad, hasta ahora no ha sido posible ofrecer a toda la población la atención que se merece, en esta materia esta situación ha ejercido presión para que ciertas agremiaciones como la de los docentes establezcan el derecho a una salud más completa y digna para ellos y sus familias, creándose para los mismos regímenes de excepción para recibir la atención que desean.

Es importante acotar que al igual que toda entidad mercantil, la prestación de servicio de salud precisa de cuantiosas inversiones de recursos humanos, tecnológicos, estructurales, organizacionales, administrativos y financieros, los cuales si no son gerenciados de manera adecuada, están destinados al fracaso. De igual manera, debe tenerse presente que el estudio de las organizaciones de salud debe ser orientado desde el ángulo médico-quirúrgico-asistencial y el financiero.

Los costos de los servicios médicos están directamente relacionados con los honorarios médicos, los insumos aplicados y los márgenes de rentabilidad esperados por la empresa, a fin de ofrecer un adecuado flujo de capital, y así garantizar una atención oportuna y eficaz de los pacientes.

La rentabilidad de las Instituciones de Salud, no se puede comparar con la de las instituciones financieras, ni manufactureras, que tienen una utilidad financiera elevada, mientras que éstas poseen un fin socioeconómico, que las convierte en una empresa poca atractiva para la inversión de capital. En lo que ha sido la trayectoria de la Fundación Médico Preventiva, durante los últimos cuatro (4) años; es de mencionar que sus directivos consideran que los niveles de rentabilidad logrados, representado por las utilidades netas, a final del ejercicio de Laboratorio, no han sido del todo satisfactorio, aludiéndose que los costos de la Unidad Funcional de Laboratorio se han incrementado de manera desmesurada.

En atención a esta preocupación de las directivas de la organización, surge la interrogante: ¿Cuál ha sido el comportamiento de los costos de Laboratorio de la Fundación Médico Preventiva, durante el período 2012– 2014? Es así como se plantea llevar a cabo un trabajo de revisión el cual tiene como propósito fundamental analizar los costos financieros de la Unidad Funcional de Laboratorio y su incidencia en la rentabilidad de la Fundación Médico Preventiva durante el período 2012-2014. A partir de los resultados que se deriven de la ejecución de este estudio, la directiva de la entidad podrá tener una visión sobre la estructura de costos del servicio, así como el comportamiento de éstos durante el lapso seleccionado, aunado, a la incidencia que han tenido en las utilidades netas (rentabilidad).

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General

Analizar los Costos Financieros de la Unidad funcional de Laboratorio de la Fundación Médico Preventiva, mediante un estudio transversal durante el periodo 2012 al 2014 con el fin de dar a conocer a las directivas de la FMP los costos y contribuir en la toma de decisiones.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Examinar la demanda de examen ordenados por los diferentes profesionales de la F.M.P.
- Determinar con exactitud el costo de los laboratorios realizados.
- Evaluar la productividad y los costos en el laboratorio clínico
- Realizar un costeo adecuado que contribuya en las decisiones estratégicas de la organización.

1.2.3. Justificación de la Investigación

La Fundación Médico Preventiva, requiere de una adecuada gestión financiera que implica el conocimiento y manejo de sus costos del servicio de Laboratorio, con el propósito de reportar a sus directivos niveles de rentabilidad que le sean satisfactorios. Específicamente en lo que ha sido la trayectoria de los costos y

utilidades de dicha Institución durante el período 2012-2014, ésta no ha sido del todo satisfactoria, razón por lo cual se considera que el estudio reviste de importancia, por cuanto permitirá establecer cuál ha sido la evolución de dichas variables, y la incidencia de la primera (costos) sobre la segunda (utilidad). A través de los resultados de este estudio, la directiva FMP podrá conocer la realidad de la situación objeto de estudio, a partir de lo cual podrá tomar las decisiones que considere más convenientes a los intereses de la Institución.

Delimitación de espacio:

El estudio se ejecutara en el Departamento de Contabilidad de la Fundación Médico Preventiva, ubicada en el Centro Empresarial Olaya Herrera, Ciudad de Medellín.

De tiempo:

Abarcara el lapso entre el 01-08- 2015 al 28-11-2015 y comprenderá el estudio de los costos financieros del período comprendido entre el 01 de Enero y el 31 de Diciembre de los años 2012, 2013 y 2014.

De objeto:

Efectuar un análisis a los costos financieros de la Unidad Funcional de Laboratorio y su incidencia en la rentabilidad de la Fundación Médico Preventiva.

1.3. DIAGNOSTICO SITUACIONAL LABORATORIO CLÍNICO DE LA ENTIDAD

En la Fundación Médico preventiva, Como se puede percibir en los siguientes hallazgos, ha aumentado notoriamente sus costos en la prestación de sus servicios de Laboratorio Clínico, a los afiliados del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales de Ferrocarriles en el año 2014.

Lo que le representa a la entidad disminución de los recursos financieros para apalancar otras unidades productivas. Esta situación se debe en parte:

- ❖ Al aumento de la frecuencia de uso de este servicio por parte del médico de familia de la Fundación.

- ❖ Tercerización del servicio de Laboratorio Clínico (se ampliará en la argumentación de problemas).

- ❖ Aumento de los pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas.

- ❖ Incremento de exámenes de alto nivel de complejidad.

- ❖ Ingreso de nuevos afiliados.

Se evidencia cierta variabilidad de un año a otro, observando aumento en el año 2014 de la prestación del servicio de Laboratorio Clínico con respecto a los años 2013-2012, es decir, la cantidad de pacientes en la Toma de Muestras, en el año 2014 representó un incremento del 8 % y 14% respectivamente.

Para el año 2012 La cantidad de pacientes fue de **69.117**, en el 2013 la cantidad aumentó a **75.202**, y para el 2014 el número se calcula en **80.630** pacientes por año, según los datos obtenidos, es significativo el aumento año tras año de los pacientes que son atendidos en las Tomas de Muestras, así mismo, también se evidencia el aumento del número de exámenes de año a año teniendo como resultado un total de exámenes para el año 2012 de **373.598** , para el año 2013 de **561.897** y la cantidad para el año 2014 de **617.540**, **es decir se aprecia un aumento del número de exámenes en el 2014, del 9% con respecto al 2013 y de un 39% con respecto al 2012.**

Costos Unidad Funcional Laboratorio FMP

Para el año 2012 el costo de los exámenes fue de \$ **2.803.185.351** (\$ **233.598.779 promedio Mes**), para el año 2013 aumentó el costo a \$ **3.168.982.485** (\$ **264.081.874 promedio mes**) y para el 2014 fue de \$ **3.500.498.220** (\$ **291.708.185 Promedio mes**), Puede evidenciarse que conforme ha aumentado el número de exámenes, también ha aumentado el costo de los mismos

Lo anteriormente citado conlleva a un gran impacto negativo en el aspecto económico para la Fundación Médico Preventiva. **(Para mayor entendimiento remitirse al Capítulo IV que va desde la pág. 108).**

1.3.1. Argumentación del árbol de problemas

- ❖ **Al aumento de la frecuencia de uso de este servicio por parte del médico de familia de la Fundación.**

Se observa un incremento en la frecuencia de envío de exámenes de Laboratorio a los pacientes, por parte de los médicos de familia de la Fundación Médico Preventiva, frecuencia de solicitud de una magnitud en muchas ocasiones superior a la recomendada (el estándar establecido por

la alta gerencia desde nivel central según lo analizado de acuerdo a la UPC es de 34.101 actividades por mes), y se incluyen en la petición magnitudes redundantes, es decir que proporcionan la misma información y no aportan nada nuevo para el seguimiento del paciente, etc., todo ello conlleva a inevitables aumento de los costos en salud.

❖ **Tercerización del servicio de Laboratorio clínico.**

La Fundación Médico Preventiva carece de un Laboratorio propio, por ello ha entablado un contrato para la elaboración de los exámenes enviados por sus médicos con un Laboratorio muy reconocido en la ciudad de Medellín, que cuenta con tecnología de punta y bajas tarifas, sin embargo ante la constante demanda de exámenes de Laboratorio emitidos por los médicos de Familia, hace que el costo aumente considerablemente.

❖ **Aumento de los pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas.**

La Fundación Médico Preventiva cuenta con una población altamente mayor, de la cual aproximadamente 14.000 usuarios padecen de enfermedades crónicas y degenerativas, principalmente cardiovasculares y de origen renal.

Estas características hacen que la demanda a los servicios de salud sea muy altas y que requiera de una atención muy especializada e integral.

❖ **Incremento de exámenes de alto nivel de complejidad.**

La Población que maneja la Fundación Médico Preventiva: presenta unos índices de Enfermedades de origen huérfano¹ (Ver **Anexo 1**. Tabla enfermedades huérfanas de los pacientes FMP) con un impacto bastante interesante en el costo, el cual es de \$ **374.982.520 millones al año** (\$ **31.248.543 millones al mes**), el costo de la población con cáncer es de \$ **335.056.236 millones al año** (\$ **27.921.353 al mes**), Población VIH \$ **354.542.987 millones al año** (\$ **29.545.249 al mes**), además de pacientes con diagnósticos de alto costo como población con Insuficiencia Renal Crónica \$ **368.842.500 millones al año** (\$ **30.736.875 al mes**), Trasplantados \$ **262.200.000 millones al año** (\$ **21.850.000 al mes**), Enfermedades Sistema Nervioso Central \$ **258.152.400 millones al año** (\$ **21.512.700 al mes**), Etc., que cuando tienen controles o están descompensados inducen un apoyo del Laboratorio altamente costoso. (Ver **Anexo 2**. Tabla costo exámenes de laboratorio de patologías de alto costo).

❖ **Ingreso de nuevos afiliados.**

Año tras año, hay nuevas incorporaciones de nuevos docentes, lo que proporciona un incremento de los cotizantes como de sus grupos familiares.

Todo lo anterior proporciona un desfase del presupuesto operacional del servicio de Laboratorio con las respectivas consecuencias (efectos) que esto pudiese traer para la empresa como: Falta de liquidez, pago inoportuno

1 En Colombia una enfermedad huérfana es aquella crónicamente debilitante, grave, que amenaza la vida y con una prevalencia (la medida de todos los individuos afectados por una enfermedad dentro de un periodo particular de tiempo) menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra huérfanas y olvidadas. (Ley 1392 de 2010/Ley 1438 de 2011). Enfermedades huérfanas que actualmente se evidencian en la Fundación Médico Preventiva, son alrededor de 134, entre ellas están: Hemoglobinuria Paroxística Nocturna, Miastenia gravis, Distonias no especificadas, Enfermedad de Crohn, Enfermedad de Von Willebrand, Esclerosis Múltiple.

a proveedores, Impacto negativo a otros servicios y estos a su vez llevarían a terminación de contratos con dichos proveedores, cierre de servicios o disminución de actividades de los servicios, y renuncia de empleados.

1.3.2. Análisis de causalidad y alternatividad

Tabla 1. Análisis de causalidad y alternatividad

AREA DE PROBLEMA	CAUSAS	ALTERNATIVA
Al aumento de la frecuencia de uso de este servicio por parte del médico de familia de la Fundación	Se observa un incremento en la frecuencia de envío de exámenes de Laboratorio a los pacientes, por parte de los médicos de familia de la Fundación Médico Preventiva; frecuencia de solicitud de una magnitud en muchas ocasiones superior a la recomendada	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización de los Protocolos, guías para la toma de decisiones. • Mayor educación técnica. • Capacitaciones continuas.
Tercerización del servicio de Laboratorio clínico	La Fundación Médico Preventiva carece de un Laboratorio propio, por ello ha entablado un contrato para la elaboración de los exámenes enviados por sus médicos con un	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio de nuevas propuestas de otros proveedores.

	<p>Laboratorio muy reconocido en la ciudad de Medellín, que cuenta con tecnología de punta y buenas tarifas, sin embargo, ante la constante demanda de exámenes de Laboratorio, hace que el costo aumente considerablemente.</p>	
<p>Aumento de los pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas.</p>	<p>Un alto volumen de usuarios padecen de enfermedades crónicas y degenerativas, principalmente cardiovasculares y de origen renal.</p> <p>Estas características hacen que la demanda a los servicios de salud sea muy altas y que requieran de una atención muy especializada e integral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renegociación de tarifas con el Proveedor por aumento de volumen de pruebas. • Fortalecimiento del programa de PYP de primer nivel. • Adopción y mejoramiento de guías y protocolos para el manejo de usuarios con enfermedades crónicas y

		degenerativas.
Incremento de exámenes de alto nivel de complejidad.	La Población que maneja la Fundación Médico Preventiva: presenta unos índices de Enfermedades de origen huérfano con un impacto bastante interesante en el costo.	<ul style="list-style-type: none"> • Renegociación de tarifas con el Proveedor por aumento de volumen de pruebas, en condiciones favorables para la empresa.
Ingreso de nuevos afiliados.	Año tras año, hay nuevas incorporaciones de nuevos docentes, lo que proporciona un incremento de los cotizantes como de sus grupos familiares.	<ul style="list-style-type: none"> • Renegociación de tarifas con el Proveedor por aumento de volumen de pruebas, en condiciones favorables para la empresa. • Montaje de Laboratorio propio.

CAPITULO II

2. FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA PARA EL BIENESTAR SOCIAL

2.1. RESEÑA HISTÓRICA

“La Fundación Médico Preventiva para el Bienestar Social es una organización con más de 20 años de experiencia en el mercado, que hace parte de un conglomerado de empresas de carácter privado, dedicadas a la prestación de servicios de salud en todos los niveles de atención. La sede principal se encuentra ubicada en la ciudad de Bogotá y cuenta con sedes en los departamentos de Antioquia, Arauca, Atlántico, Cesar, Norte de Santander y Santander.

De este grupo hacen parte las siguientes instituciones:

- 1. Fundación Médico Preventiva para el Bienestar Social*
- 2. Odonto - Vida*
- 3. Clínica Médico Quirúrgica de Cúcuta*
- 4. Clínica El Prado (Barranquilla)*

La empresa inició su ejercicio en 1989 en la ciudad de Bogotá, ofreciendo servicios médicos y odontológicos en la modalidad de paquetes básicos de atención primaria, a través de cuotas de sostenimiento. En el mismo año, inauguró su sede en Barranquilla para atender la salud de los educadores del departamento del Atlántico.

Durante los años siguientes se abrieron las sedes de Valledupar y Cúcuta (1991), Bucaramanga (1994) y Medellín (1996) que empezaron a ofrecer sus servicios a usuarios de sectores específicos de la economía, manteniendo la misma filosofía y adaptándose a los requerimientos de la ley 100 de 1993, a las necesidades de poblaciones de regímenes especiales, creciendo en servicios, cobertura y

procurando mantenerse a la altura de los retos del sector salud. Igualmente, la Fundación ha incorporado otras instituciones de salud, especializadas en la prestación de servicios en diferentes niveles de complejidad, como Odonto - Vida, consagrada al área de la salud oral, y las clínicas, dedicadas a los servicios hospitalarios y quirúrgicos de mediana y alta complejidad.

En la actualidad, la organización se articula como una red de servicios que opera estableciendo convenios entre sus instituciones, para satisfacer las diferentes necesidades de sus clientes en la geografía nacional. A esta red y según la necesidad, se vinculan otras entidades externas, para complementar un portafolio de servicios acorde con los requerimientos en salud de sus usuarios” (Gómez Gómez, Visbal, & Rico Rodríguez, 2014, p. 5).

2.1.1. Misión de la empresa

“Somos una organización sólida, sostenible, con amplia experiencia, que presta servicios de salud en diferentes partes del territorio nacional, mediante un equipo humano competente, cálido y comprometido con la atención segura y satisfactoria de nuestros pacientes y su grupo familiar. Trabajamos en mejoramiento continuo de procesos con el propósito de generar valores agregados a nuestros servicios” (Gómez Gómez, Visbal, & Rico Rodríguez, 2014, p. 6).

2.1.2. Visión de la empresa

“En el año 2017, la fundación médico preventiva para el bienestar social será reconocida como una institución prestadora de servicios de salud posicionada a nivel nacional, en la vanguardia en la atención segura y humanizada de los usuarios enfoca en el desarrollo del mercado y la generación de nuevos servicios” (Gómez Gómez, Visbal, & Rico Rodríguez, 2014, p. 6).

2.1.3. Políticas de la empresa

“La Fundación Médico Preventiva se compromete a :

- *Prestar servicios de salud oportunos, seguros y calidos, controlando la racionalidad de los mismos e integrando a los usuarios para que hagan uso adecuado de los mismos y participen en el cuidado de su salud.*

- *Satisfacer los requisitos de los clientes corporativos y asegurar confiabilidad en los servicios de salud de los usuarios para logralo nos empeñamos en:*
 - *Brindar formacion permanente a nuestros colaboradores, desarrollando sus capacidades, motivando sus innovacion y recompensando sus logros.*

 - *Mejorar continuamente nuestros procesos y la eficacia del sistema de gestion de calidad, contribuyendo al logro de la vision” (Gómez Gómez, Visbal, & Rico Rodríguez, 2014, p. 8).*

2.1.4. Valores corporativos

- *“**Honestidad:** Nuestra organización velará porque su comportamiento y el de todos sus miembros sea íntegro, transparente y respetuoso de las leyes que rigen la sociedad.*

- ***Ética:** Todas las actuaciones de la organización estarán guiadas por los principios éticos que rigen la sociedad y por aquellos inherentes a cada una de las profesiones o disciplinas que ostentan cada uno de sus miembros.*

- **Respeto:** *Las relaciones de la organización con las instituciones, personas, clientes, funcionarios y con la sociedad en general, estarán enmarcadas por el diálogo, el entendimiento y la cooperación, sin abandonar la defensa de los intereses de la misma. Así mismo, la organización velará por la salvaguarda de los derechos de los pacientes de acuerdo con las normas vigentes.*

- **Equidad:** *La organización procurará el bienestar de sus clientes y de sus miembros, ofreciendo a cada uno un trato justo y los beneficios que permiten los compromisos adquiridos y los que están dentro de sus posibilidades.*

- **Calidez:** *Para nuestra organización el ser humano es su razón de ser; por ello las relaciones con sus clientes y entre sus miembros deben estar matizadas de simpatía, afecto y ternura, pues cuidamos lo máspreciado para todos: la salud.*

- **Responsabilidad Social:** *Nuestra organización desarrolla su misión social con y para la comunidad. Por ello proyectará su trabajo para buscar el beneficio de la misma, su crecimiento y el desarrollo del país” (Gómez Gómez, Visbal, & Rico Rodríguez, 2014, p. 6 – 7).*

Dentro de estos valores corporativos tenemos

- **Código de ética :** Esta diseñado con base en la plataforma estrategica ya descrita y los valores corporativos previamente descrito, en el cual se incluye los principios de responsabilidad social que parctica la empresa y los mecanismos de control y divulgacion que se utilizan para los mismos.

- **Código del buen gobierno:** Dentro de las políticas del buen gobierno encontramos todas las actividades encaminadas al fortalecimiento y mejoramiento de los distintos procesos desarrollados por la organización en los siguientes ambitos:
 - Funciones y competencias del recurso humano.
 - Interrelacion del buen gobierno con los agentes de control interno y externo.
 - Delegacion de funciones.
 - Contratacion de servicios.
 - Administracion del talento humano.
 - Informacion y comunicación.
 - Prestacion de servicios.
 - Responsabilidad social y medio ambiente.
 - Evaluacion y control de los directivo.
 - Resolucion de los conflictos de interes.
 - Interracion con propietarios , revision fiscal y relacionados.

2.1.5. Objetivos estratégicos de la empresa

“Con el fin de desplegar la vision de la empresa y desarrollar su mision mision, se plantean los sigueinetes objetivos estrategicos para que sean ejecutados por la organización:

- *Desarrollar las acciones pertinentes para prestar servicios de salud con estandares superiores de calidad.*
- *Implenetar las estrategias necesarias que permitan acceder a otros sectores del mercado de la salud*

- *Ajustar cultura organizacional, mejorando el clima laboral a través de la potencialización del talento humano*
- *Optimizar la gestión administrativa y el sistema de información elevando los niveles de competitividad de la organización” (Gómez Gómez, Visbal, & Rico Rodríguez, 2014, p. 6).*

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Marco referencial

“Según Alexandra Gaviria Zapata y Jaime Andrés Gómez Navarra, en su libro ¿Con quiénes trabajamos?, el diagnóstico es una metodología de trabajo para recopilar y analizar información producida por una organización, una empresa o un grupo poblacional. Es un medio para explorar, evaluar sus limitaciones y potencialidades de desarrollo, en plazo razonable para tomar decisiones argumentadas y oportunas ante el problema observado, permite documentar de una manera ágil, las necesidades de determinado grupo meta, e identificar las acciones prioritarias para su desarrollo” (Cortés Escobar, Urrea Londoño, & Luna Medina, 2010, p. 15)

En la Fundación Médico Preventiva la revisión se desarrollará basándose en una serie de fuentes de información y en la observación de las necesidades del día a día, para ser coherente con los objetivos que se persigue, un análisis de las dificultades en aras de conseguir unas posibles soluciones a la problemática que en la actualidad implica para la organización el aumento del costo de la Unidad Funcional de Laboratorio, además con la flexibilidad durante el proceso, a las limitantes y alcances que se logren en dicho análisis.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. Tendencias de salud en Colombia

2.3.1.1. La salud en el mundo

La salud, entendida como un "estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo como la ausencia de enfermedad" (Organización Mundial de la Salud, 1948), es un elemento básico para el desarrollo de las potencialidades del ser humano, y contribuye de forma decisiva al desarrollo económico y social de los pueblos.

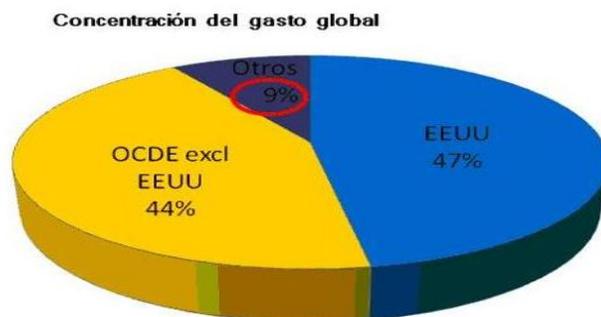
“El ritmo del cambio se ha acelerado aún más durante los últimos años. En lo social, en lo económico, en lo político y en lo cultural, el mundo vive el derrumbe de viejas certidumbres. Muchas tendencias que hasta hace poco se creían irreversibles siguen caminos insospechados. Muchas verdades que hasta hace poco se creían irrefutables se ven nubladas por la multiplicidad de opciones. Como una lente de aumento, el campo de la salud refleja y magnifica los cambios del fin de milenio. Han quedado atrás los tiempos en que las prioridades eran obvias y el sentido de progreso estaba señalado sin mayores ambigüedades. Hoy la única certidumbre es la de una complejidad creciente. Vivimos una transición de la salud cuya naturaleza es necesario comprender si aspiramos a anticipar los cambios y no sólo reaccionar ante ellos cuando ya haya sucedido” (Universidad del Rosario, s.f.).

Las transformaciones ocurren en todas las naciones, pero son especialmente intensas en países de ingresos medios, como Colombia, donde el desarrollo económico ha sido marcado por una desigualdad que ha creado un mosaico de condiciones de vida. En estos países convergen hoy los problemas del desarrollo y el subdesarrollo, de la concentración urbana y la dispersión rural, de la pobreza y

la riqueza. En el choque entre el pasado y el futuro se configura un presente contradictorio y complejo (Contreras Caichihua, y otros, 2011, p. 2 – 3).

“El sector de la salud se consolida como uno de los mayores sectores de la economía mundial. Según la OMS, el sector alcanzó US\$ 5,5 trillones en 2009, absorbiendo el equivalente al 8% del PIB mundial” (Martínez García, 2015). “Como se puede observar en la gráfica a continuación, destaca la altísima concentración del gasto global en pocos países en el mundo. Estados Unidos y el resto de países de la OCDE absorben el 91% de los gastos en salud en el mundo. El resto de países en el mundo absorbe únicamente el 9%. Este dato aun es más fuerte si consideramos que países muy grandes y poblados, como los BRIC - Brasil, Rusia, India y China, forman parte de ese 9%” (Cámara de Comercio de Barranquilla, s.f.).

Figura 1. Concentración del gasto global

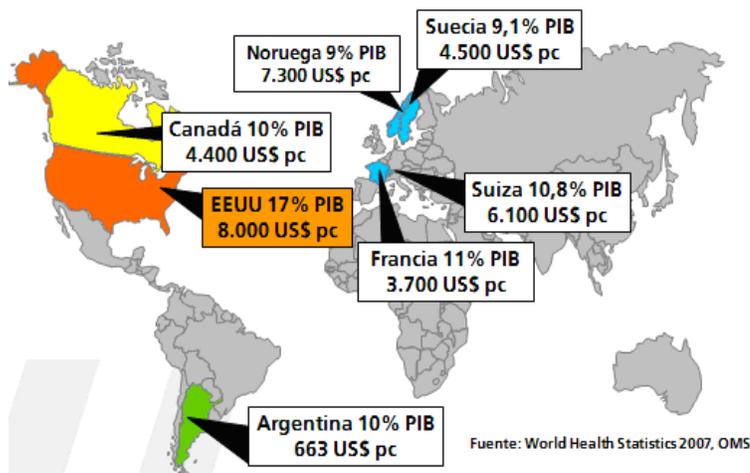


Fuente: OMS, 2009
Fuente: http://www.camarabaq.org.co/index.php?option=com_content&view=article&catid=156:salud-competitiva&id=419:informacion-del-cluster&Itemid=268

“En términos de porcentaje sobre el producto interior bruto, el país líder en gasto en salud es con gran diferencia Estados Unidos con un 17% del PIB dedicado a salud. Le siguen países como Francia (11%), Suiza (10.8%), Canadá (10%), Suecia (9,1%) o Noruega (9%). En términos de gasto per cápita, Estados Unidos sigue siendo el país que más gasta – 8.000 dólares per cápita en 2007. Esto es dos veces y media más que la media en los países de la OCDE (2.984 dólares)” (Cámara de Comercio de Barranquilla, s.f.).

“En Latinoamérica destaca como líder en gasto Argentina, país que dedica un 10% del PIB a salud. No obstante, el gasto per cápita en este país (US\$ 663) aún está muy distante de los niveles norteamericano y europeo” (Cámara de Comercio de Barranquilla, s.f.).

Figura 2. Inversión del PIB en la salud



Fuente: http://www.camarabaq.org.co/index.php?option=com_content&view=article&catid=156:salud-competitiva&id=419:informacion-del-cluster&Itemid=268

2.3.1.2. La salud en Colombia

“Desde hace varios años ha sido evidente la crisis del sistema de salud en Colombia, no solo como consecuencia de las crecientes necesidades de recursos financieros para la atención de la población, sino por las dificultades para que esta, equitativamente y con independencia de su nivel de ingresos, acceda a servicios de buena calidad. En la primera década del siglo XXI se planteó en varias oportunidades la importancia de analizar en profundidad el funcionamiento del sistema de salud —en conjunto y por cada uno de sus componentes— con el fin de promover la adopción de reformas estructurales para enfrentar las deficiencias detectadas” (Bernal & Gutiérrez, 2012, p. 1).

“Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), después de Argentina (10%) y Brasil (8.4%), Colombia es el país de Latinoamérica que

más gasta en salud como porcentaje del PIB con un 6.1% en 2007. En el gráfico a continuación se puede observar la gran cantidad de recursos públicos que consume el sector salud en Colombia, el 86% del total gastado en salud. Esta fracción es prácticamente el doble que la de otros países vecinos” (Cámara de Comercio de Barranquilla, s.f.).

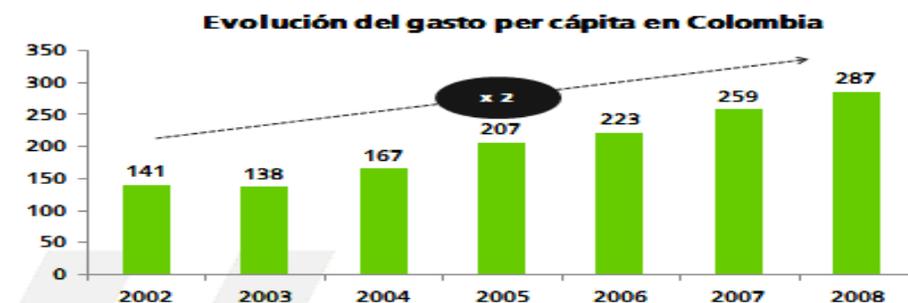
Figura 3. Porcentaje de gasto público sobre gasto total en salud



Fuente: Ministerio de la Protección Social. DANE 2009.
http://www.camarabaq.org.co/index.php?option=com_content&view=article&catid=156:salud-competitiva&id=419:informacion-del-cluster&Itemid=268

“Así mismo, Colombia no es ajena a las tendencias globales de aumento del gasto per cápita en salud. En el gráfico a continuación vemos como en 8 años, Colombia ha doblado su gasto per cápita, el cual asciende actualmente a US\$ 287” (Cámara de Comercio de Barranquilla, s.f.).

Figura 4. Evolución del gasto per cápita en Colombia

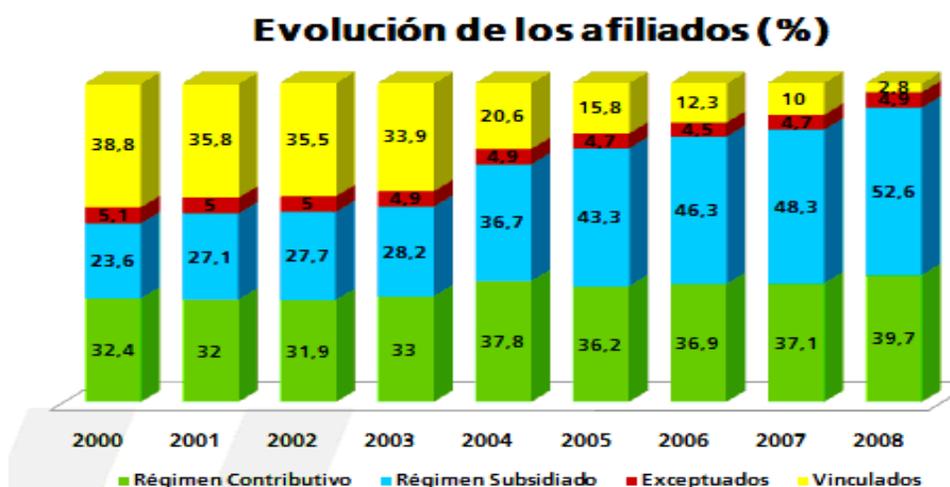


Fuente: Ministerio de la Protección Social. DANE 2009.
http://www.camarabaq.org.co/index.php?option=com_content&view=article&catid=156:salud-competitiva&id=419:informacion-del-cluster&Itemid=268

“En los últimos diez años, la cobertura de salud en Colombia se ha incrementado drásticamente de un 58% a un 89%. Colombia aún no ha alcanzado la universalidad en la cobertura en salud ya que un 11% de su población aún no se encuentra cubierta. Como se aprecia en el gráfico a continuación, el tipo de régimen que ha sido en mayor parte responsable del crecimiento en el número de afiliados ha sido el régimen subsidiado, lo cual significa que cada vez más, la seguridad social se financia con recursos públicos” (Cámara de Comercio de Barranquilla, s.f.).

“La expectativa con la entrada de la Ley 100 era que el régimen contributivo fuera el régimen responsable de la mayor parte del crecimiento en número de afiliados. No obstante, hoy en día, esto no ha sido así. Finalmente, se aprecia cómo el número de vinculados, es decir, personas que quedan fuera del sistema de seguridad social y son atendidas por las empresas sociales del estado, se ha reducido drásticamente en los últimos 10 años” (Cámara de Comercio de Barranquilla, s.f.).

Figura 5. Evolución de afiliados (%)

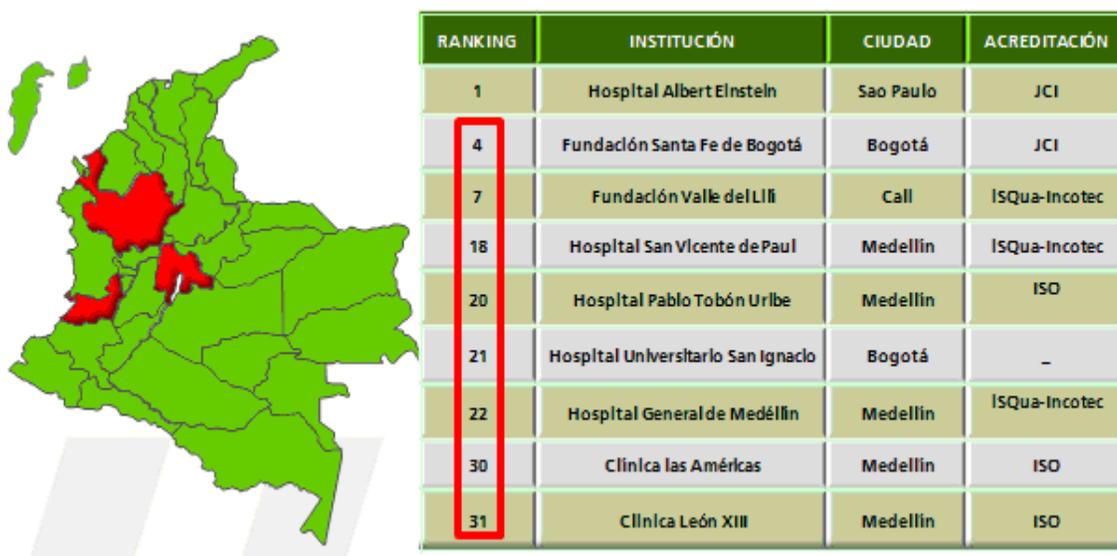


Fuente: Ministerio de la Protección Social. DANE 2009.
http://www.camarabaq.org.co/index.php?option=com_content&view=article&catid=156:salud-competitiva&id=419:informacion-del-cluster&Itemid=268

“Según datos del Ministerio de Protección Social de 2007, había registrados en Colombia un total de 55.000 prestadores de servicios de salud, el 75% de los cuales son médicos independientes, el 17% IPS privadas y el 8% IPS públicas. Entre estas empresas hay 1.162 hospitales. Aun siendo una gran cantidad de empresas, un número muy reducido de prestadores de servicios de salud en Colombia se encuentra acreditado por entidades certificadoras nacionales o internacionales” (Cámara de Comercio de Barranquilla, s.f.).

“Las ciudades líderes en empresas prestadoras de servicios de salud son Medellín, Bogotá y Cali. Según el ranking de 2010 de la revista América Economía, 8 de las 35 mejores empresas prestadoras de servicios de salud en Latinoamérica en 2010 eran colombianas. Como podemos ver en la tabla a continuación, todas esas instituciones se encuentran concentradas en esas tres ciudades” (Cámara de Comercio de Barranquilla, s.f.).

Figura 6. Ranking mejores hospitales de Latinoamérica



Fuente: Ministerio de Protección Social. DANE 2009.

http://www.camarabaq.org.co/index.php?option=com_content&view=article&catid=156:salud-competitiva&id=419:informacion-del-cluster&Itemid=268

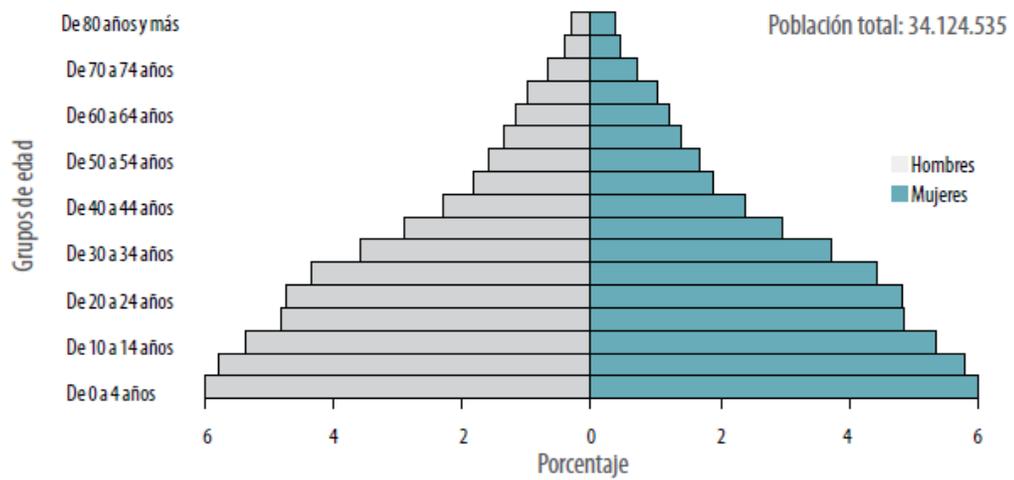
2.3.1.3. Población y pirámide poblacional en Colombia (1990 – 2000 – 2009)

“La evolución de la pirámide poblacional en Colombia en estos dos decenios muestra que avanza la transformación hacia un “rectángulo” como ocurre en los países europeos, donde los mayores representan una proporción de la población cada vez más elevada y los niños y jóvenes dejan de ser la gran base de la estructura poblacional. Esta tendencia se denomina transición demográfica. Este es un proceso generalizado en todos los países de América Latina” (Así Vamos en Salud, 2009, p. 19).

“Los principales factores que explican esta tendencia al envejecimiento poblacional son el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el descenso de las tasas de fecundidad, el mejoramiento de las condiciones sanitarias, la atenuación del ritmo de crecimiento de la población y los procesos de migración” (Así Vamos en Salud, 2009)

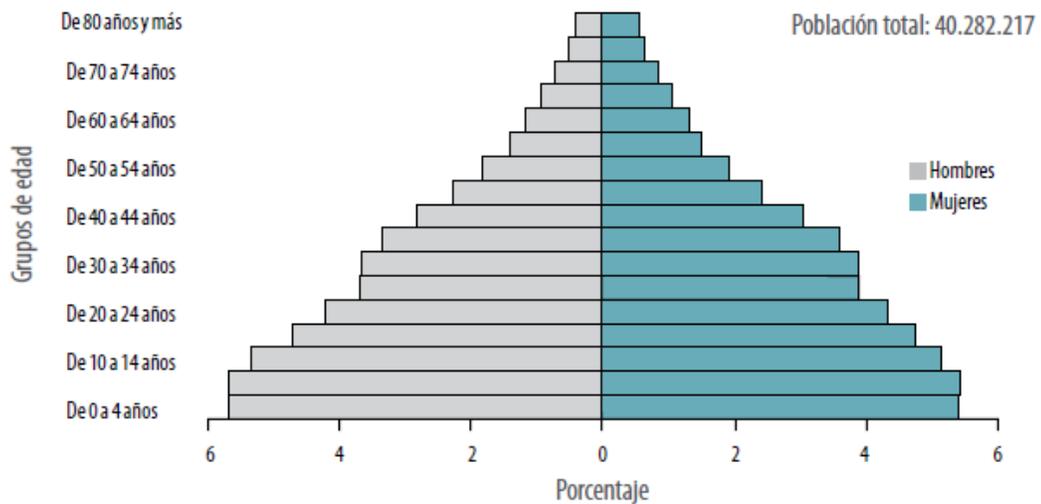
“Es de advertir que tanto el aumento progresivo de la población colombiana, como en especial del grupo de los adultos mayores, representan un desafío para las políticas y los recursos que el Estado y la sociedad deben proveer para garantizar el acceso a los servicios de salud, la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y la inclusión social como dimensiones del desarrollo” (Así Vamos en Salud, 2009).

Figura 7. Pirámide poblacional Colombia 1990



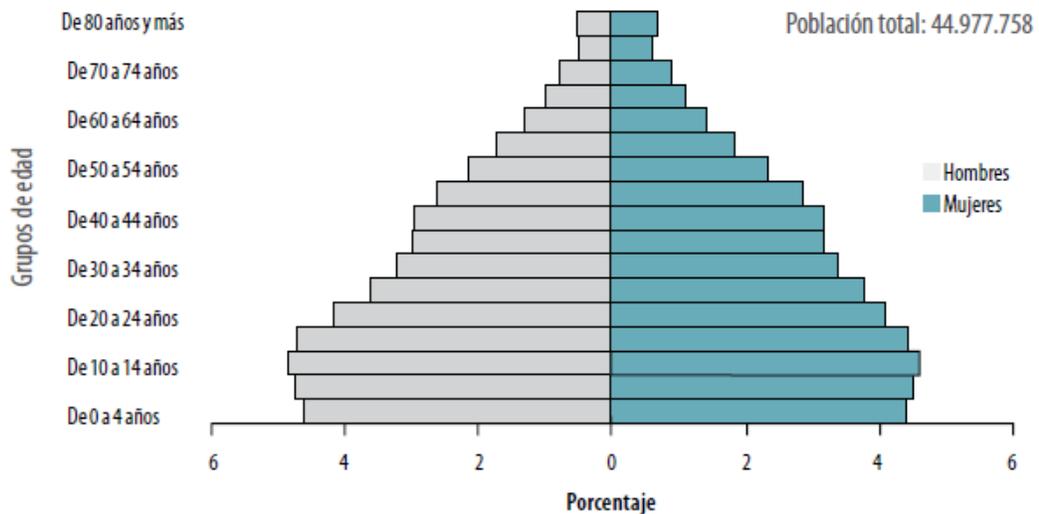
Fuente: <http://fsfb.org.co/sites/default/files/tendenciasdelasaludencolombia2009.pdf>

Figura 8. Pirámide poblacional Colombia 2000



Fuente: <http://fsfb.org.co/sites/default/files/tendenciasdelasaludencolombia2009.pdf>

Figura 9. Pirámide poblacional Colombia 2009



Fuente: <http://fsfb.org.co/sites/default/files/tendenciasdelasaludencolombia2009.pdf>

La Fundación Médico Preventiva cuenta con alrededor de 109.000 usuarios, es una entidad que ha tenido un crecimiento considerable en los últimos años, y por ende la demanda de las personas han aumentado en forma vertiginosa. Entre estas demandas esta la frecuencia de uso de los exámenes de Laboratorio, ya que un alto porcentaje de los usuarios sufren de enfermedades de Riesgo Cardiovascular, renal y oncológicas, lo que exige periódicamente exámenes médicos, por ello es importante hacer una breve revisión del estado de Salud en Colombia, con respecto al tema de las enfermedades Crónicas.

2.3.1.4. Estado de salud

“Es necesario fortalecer los sistemas de prestación de servicios de salud para la prevención de la enfermedad, y que estos sean acordes con las necesidades y características sociales de los pacientes. Probablemente, la situación económica de los sistemas de salud sería diferente, si existiera una disminución importante de

pacientes que requirieran tratamientos costosos para enfermedades crónicas degenerativas; además, de las consecuencias negativas que trae para la ciudad, un alto número de muertes de este tipo, en una población laboralmente activa y joven” (Hernández Serna, 2010, p. 8), en este tema el Laboratorio desempeña una función altamente valiosa pues a través de campañas de Promoción y prevención se podría capturar aquella población con altos índices de riesgo en enfermedades Crónicas como es el caso de las Cardiovasculares, y así se evitaría el alto costo que implica la rehabilitación de dichos pacientes.

2.3.1.5. Enfermedades crónicas

“A través del tiempo, las enfermedades infecciosas (como las enfermedades diarreicas, la tuberculosis, la neumonía, entre las más frecuentes) se han visto como enfermedades propias del mundo en desarrollo más que las enfermedades crónicas. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud reporta que aproximadamente el 80% de muertes debidas a enfermedades crónicas ocurren en países de ingresos bajos y medianos, siendo este el caso de Colombia, donde las enfermedades tanto infecciosas como crónicas no transmisibles coexisten en el perfil de mortalidad de la población” (Así Vamos en Salud, 2009, p. 21).

“Las enfermedades crónicas son de larga duración y de progresión lenta. En esta categoría se encuentran las enfermedades cardiovasculares, las pulmonares crónicas, el cáncer y la diabetes. Los principales factores de riesgo para las enfermedades crónicas son el consumo de alcohol y cigarrillo, malos hábitos alimentarios e inactividad física, todos ellos prevenibles” (Así Vamos en Salud, 2009).

“La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia del 2005 (Ensin) reveló que el 35% de la población consume carbohidratos en exceso y el 25,8% tiene una dieta con exceso de grasas saturadas; el consumo de alcohol y cigarrillo

asciende a 10.3% y 13% respectivamente; y menos del 50% de los colombianos realiza el mínimo de actividad física recomendada. Se evidencia así una importante exposición de los colombianos a factores de riesgo prevenibles para enfermedades crónicas” (Así Vamos en Salud, 2009).

2.3.1.6. Enfermedades cardiovasculares

“Las enfermedades cardiovasculares se deben a trastornos del corazón y los vasos sanguíneos, entre ellos las cardiopatías coronarias (ataques cardíacos), las enfermedades cerebrovasculares (apoplejía), el aumento de la tensión arterial (hipertensión), las vasculopatías periféricas, las cardiopatías reumáticas, las cardiopatías congénitas y la insuficiencia cardíaca. Las principales causas de enfermedad vascular son el consumo de tabaco, la falta de actividad física y una alimentación poco saludable” (Organización Mundial de la Salud, s.f.). Y a éstas es la que día a día se ve enfrentadas las entidades de salud, especialmente la Fundación Médico Preventiva, la cual por las características del tipo de contratación, no sólo atiende a sus cotizantes, (población bastante mayor), sino también a su grupo familiar entre ellos a los padres del mismo, que con un sin número de comorbilidades, la gran mayoría de origen cardiovascular, incrementan la frecuencia de uso de las citas médicas y por ende el aumento de las actividades para su control y seguimiento como los exámenes de laboratorio.

“Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo: aproximadamente 17.5 millones de personas murieron en el 2005 por esta causa, representando el 29% de todas las muertes mundiales. En Colombia, desde hace más de 20 años éstas enfermedades han estado entre las primeras cinco causas de mortalidad a nivel nacional” (Así Vamos en Salud, 2009).

“Este grupo de enfermedades – cardiovasculares- está compuesto por varias entidades: la enfermedad coronaria, la cerebro-vascular, la periférica arterial, la

enfermedad reumática, la enfermedad cardíaca congénita y la trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar. Los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular son la edad avanzada, factores hereditarios, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia (colesterol alto), la diabetes, el tabaquismo, la inactividad física y la obesidad y sobrepeso. Solamente los dos primeros son inmodificables mientras que los demás corresponden a estilos de vida y hábitos” (Así Vamos en Salud, 2009).

“En cuanto a la prevalencia de estos factores de riesgo en Colombia según la Encuesta Nacional de Salud del 2007, el porcentaje de población hipertensa es de 9%, mientras que el sobrepeso está presente en el 32% y la obesidad en el 14% de la población. Adicionalmente, al medir los niveles de colesterol en la población se encontró que el 8% tiene niveles superiores a 240 mg/dl correspondiente a un riesgo alto para enfermedad cardiovascular (los valores óptimos son menores de 200mg/dl). Además la hipertensión y la diabetes también hacen parte de las primeras causas de muerte en Colombia para el 2008. Este conjunto hace evidente que la prevención de estos factores de riesgo cobra vital importancia para la población colombiana” (Así Vamos en Salud, 2009).

Como puede apreciarse el tema de salud, siempre ha sido una prioridad para el ser humano, debido a que de ella depende su subsistencia y si esta no es buena, no puede realizar ningún tipo de actividad, ya sea laboral, recreativa, estudiantil, deportiva, ni familiar.

El servicio de Laboratorio Clínico es una parte esencial dentro de la medicina, ya que sin este, no se puede realizar por parte de los médicos, diagnósticos que permitan curar y prevenir enfermedades.

2.3.2. LA SALUD EN MEDELLÍN

“Medellín es un municipio colombiano, capital del departamento de Antioquia, situado en el centro del Valle de Aburrá ubicado en la cordillera central y atravesada por el río Medellín. Es la segunda ciudad más poblada de Colombia. Medellín pertenece a la región noroccidental del país; se ubica a 409 kms. de Bogotá Distrito Capital por tierra y a 50’ por vía aérea. Medellín pertenece a la primera Área Metropolitana creada en Colombia en 1980 y es la segunda Área Metropolitana en población y en importancia económica. En el país después del Distrito Capital de Bogotá” (Equipo Epidemiológico de la secretaría de Salud de Medellín, 2011, p. 16).

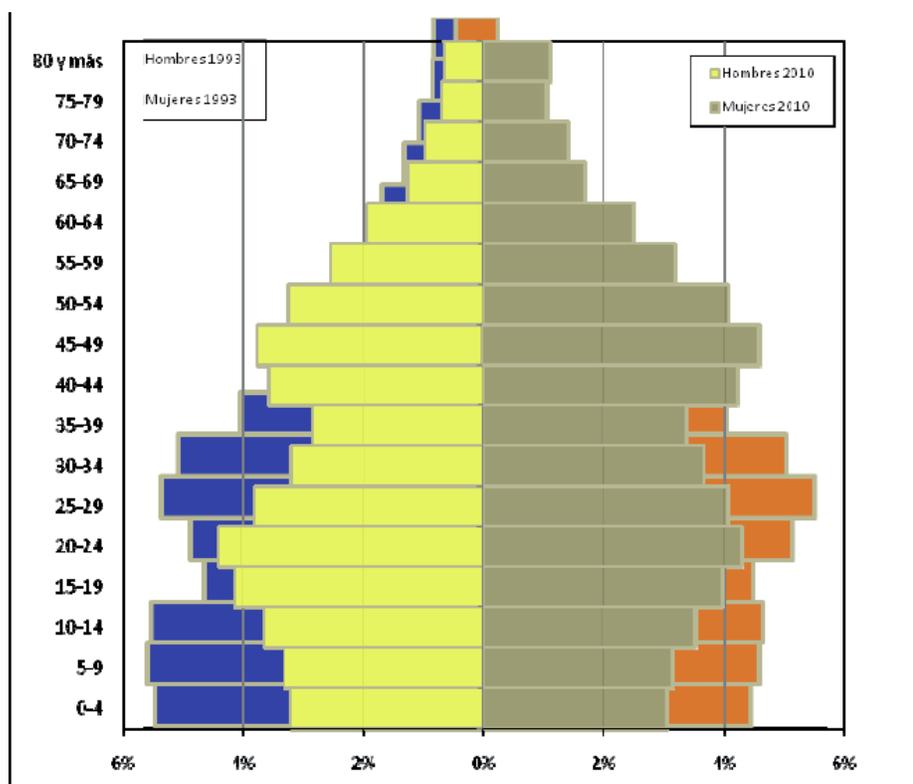
“Medellín tiene una temperatura promedio de 24 °C. durante todo el año. Topográficamente está constituida por el Valle de Aburrá, rodeada por cordilleras y atravesada por el río Medellín, que la recorre de sur a norte” (Equipo Epidemiológico de la secretaría de Salud de Medellín, 2011)

“De acuerdo con las proyecciones del censo poblacional realizado en 2005 por el DANE, la ciudad cuenta con una población de 2 343 049 habitantes en el año 2010, localizados en una extensión territorial urbana de 105,02 km² y una extensión rural de 270,42 km². El 98,5% residen en la cabecera y el resto en el área rural. Así mismo, el 47.1% de la población es de sexo masculino y el 52.9% son de sexo femenino. Los grupos de edad, representativos en toda la población, se identifican con un 6,3% de niños menores de 5 años; 19,9% en población menores de 15 años, el 13,2% es la población mayor de 60 años, el 8,1% es la población adolescente entre 15 y 19 años y con el 31.7% se encuentran las mujeres en edad fértil entre 10 y 49 años” (Equipo Epidemiológico de la secretaría de Salud de Medellín, 2011, p. 18 – 19).

2.3.2.1. Distribución poblacional por grupos de edad entre 1993 y 2010

“La pirámide poblacional indica el comportamiento y la composición de hombres y mujeres, a lo largo de los años; se puede determinar que va ajustándose a una campana, debido a que los grupos de edad de la mitad tienen la misma composición que en la base, existiendo una reducción importante hacia la cumbre; donde se hace factible controlar la mortalidad. Se puede considerar como el paso intermedio desde una pirámide progresiva a otra regresiva” (Equipo Epidemiológico de la secretaría de Salud de Medellín, 2011, p. 19).

Figura 10. Comparación pirámide de población de Medellín, años 1993 - 2010



Fuente: Secretaría de Sañud de Medellín. Indicadores básicos de salud 2010.
<https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2012/Revista%20Salud/Revista%20Vol.%205,%20suplemento%202/5%20Suplemento%202.pdf>

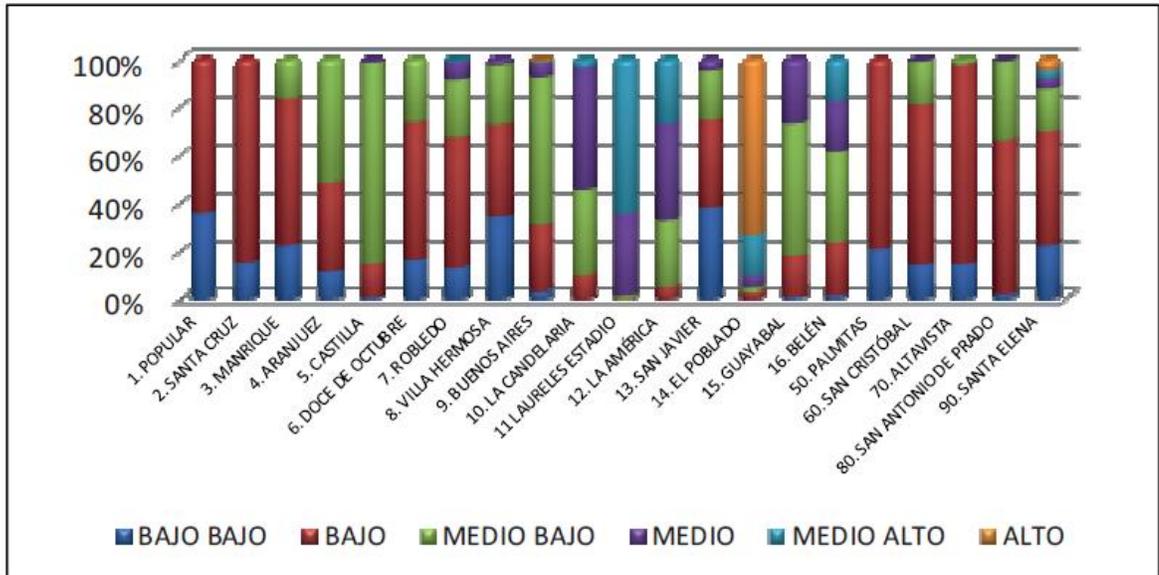
En Medellín, el 50 % de la población se encuentra en estrato bajo y bajo-bajo. Por otro lado, en el año 2010, según la Encuesta de Calidad de Vida, el índice de necesidades básicas insatisfechas fue de 5,6; Las comunas con más porcentaje de población en el municipio de Medellín son Belén (Comuna 16) con 8.25% y Doce de Octubre (Comuna 6) con 8.12%. Con respecto al estrato por vivienda en Medellín el 50.2% se encuentra en estrato bajo y bajo-bajo (Ver Figura 11).

“El hacinamiento es la relación entre el número de personas en una vivienda o casa y el espacio o número de cuartos disponibles. En Medellín, el promedio de personas por vivienda es de 3,38 y de hogares por vivienda es de 1,01. Es decir, este indicador global muestra que no hay condiciones de hacinamiento que limiten el vivir con las condiciones básicas necesarias” (Equipo Epidemiológico de la secretaría de Salud de Medellín, 2011, p. 30).

“La creación de empleo formal y de calidad es uno de los principales retos que enfrenta actualmente la ciudad, si se tiene como propósito aumentar la calidad de vida de sus habitantes. Si bien en el año 2009 se registró un descenso de la tasa de desempleo en Medellín (de 15,7 a 13,9), al terminar el año 2010, más de 249 000 personas se encontraban desempleadas y se reportaba una informalidad laboral superior al 40 % (DANE)” (Equipo Epidemiológico de la secretaría de Salud de Medellín, 2011, p. 25)

Actualmente la ciudad ha venido siendo reconocida en Colombia y América Latina por la calidad y Análisis de la situación de salud alta complejidad de sus clínicas, hospitales y centros odontológicos, así como su talento humano, su enfoque investigativo e innovador. Sin embargo, se requiere continuar fortaleciendo el *clúster* de salud para posicionar la ciudad en el mundo y contribuir al desarrollo económico y científico del sector.

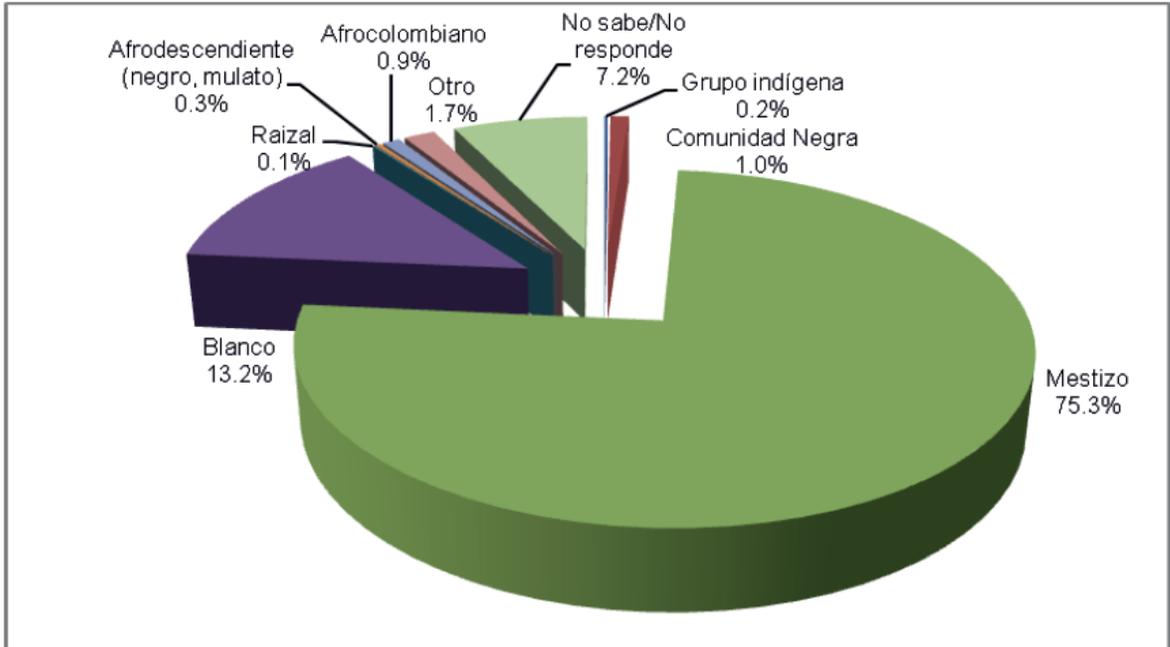
Figura 11. Representación proporcional de población por estrato socioeconómico. Medellín 2010



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2010
[https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal del Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas Genéricas/Documentos/2012/Revista Salud/Revista Vol. 5, suplemento 2/5 Suplemento 2.pdf](https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2012/Revista%20Salud/Revista%20Vol.%205,%20suplemento%202/5%20Suplemento%202.pdf)

“Se observa que la población de la ciudad se percibe como mestiza (75,3%), mientras que el 13,2% se considera blanco. Aunque esta característica es más una percepción de cada ciudadano, indica una proporción alta de personas que se consideran o son consideradas mestizas o blancas” (Equipo Epidemiológico de la secretaría de Salud de Medellín, 2011, p. 20).

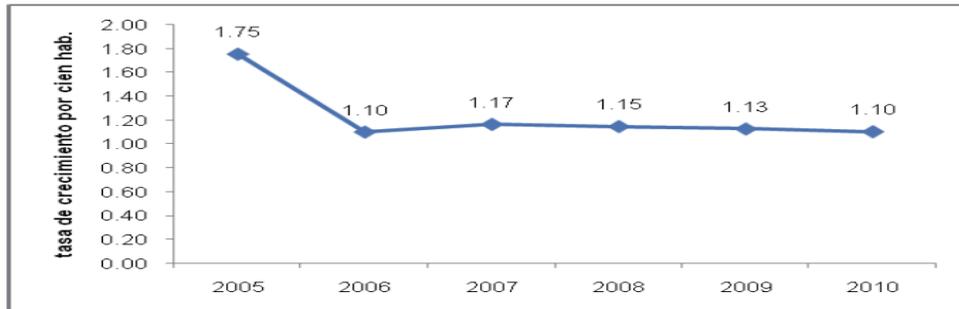
Figura 12. Representación proporcional de población por pertenencia étnica. Medellín 2010



Fuente: Dane. Proyecciones de población 2005 – 2010. [https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal del Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas Genéricas/Documentos/2012/Revista Salud/Revista Vol. 5, suplemento 2/5 Suplemento 2.pdf](https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2012/Revista%20Salud/Revista%20Vol.%205,%20suplemento%202/5%20Suplemento%202.pdf)

2.3.2.2. Tasa de crecimiento

Figura 13. Tasa de crecimiento anual de la población. Medellín 2010



Fuente: Dane. Proyección de Población 2005 – 2010. [https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal del Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas Genéricas/Documentos/2012/Revista Salud/Revista Vol. 5, suplemento 2/5 Suplemento 2.pdf](https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2012/Revista%20Salud/Revista%20Vol.%205,%20suplemento%202/5%20Suplemento%202.pdf)

“La disminución en la tasa de crecimiento propende por mejorar desarrollo tanto económico como social de la población, disminuyendo de igual forma la proporción de pobreza en la población, Esta tasa pasó de 1,75 en el año 2005 a 1,10 en el año 2010. En Medellín, el comportamiento de las tasas de fecundidad, natalidad y de mortalidad, para los años de 2005 a 2010” (Equipo Epidemiológico de la secretaría de Salud de Medellín, 2011, p. 21), se comporta así:

Tabla 2. Tasa de fecundidad y de mortalidad en la población. Medellín 2005 - 2010

Año	Tasa General Fecundidad TGF	Tasa de Natalidad	Tasa Global de Fecundidad (número promedio de hijos)	Tasa Bruta de Mortalidad por mil hab.
2005	51,8	15,9	1,7	4,95
2006	50,6	14,9	1,7	5,26
2007	56,6	14,9	1,8	5,17
2008	50,4	14,5	1,8	5,33
2009	48,3	13,8	1,7	4,61
2010	38,3	12,2	1,5	5,50

Fuente: Dane. Proyecciones de población 2005 – 2010.

[https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal del Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas Genéricas/Documentos/2012/Revista Salud/Revista Vol. 5, suplemento 2/5 Suplemento 2.pdf](https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2012/Revista%20Salud/Revista%20Vol.%205,%20suplemento%202/5%20Suplemento%202.pdf)

En relación a estas tasas de fecundidad, natalidad y de mortalidad, entre el año 2005 a 2010 se presenta una disminución del número promedio de hijos en la ciudad, pasando de 1,8 en el 2008 a 1,5 en 2010; influenciado este cambio por el fortalecimiento de los programas de promoción y prevención hacia una sexualidad responsable, ejemplo de ello lo muestra el programa *Sol y Luna* (“Proyecto de sistematización programa Sol y Luna, Medellín 2009”). La tasa de 1,5 registrada en 2010 no alcanza la tasa de remplazo generacional, establecida en dos nacimientos por cada mil mujeres, situación que lleva al predominio de personas mayores, y, por lo tanto, cambios en los patrones de morbilidad (ver tabla 3).

Tabla 3. Distribución de la población de Medellín por edad y sexo año 2012

Grupo edad	Total	Hombres	Mujeres
	2 393 011	1 126 595	1 266 416
0-4	146 209	74 674	71 535
5-9	149 093	76 448	72 645
10-14	162 349	82 638	79 711
15-19	183 605	93 581	90 024
20-24	203 167	103 049	100 118
25-29	196 451	96 342	100 109
30-34	172 417	81 014	91 403
35-39	149 234	68 120	81 114
40-44	169 130	77 118	92 012
45-49	196 285	88 835	107 450
50-54	183 123	81 296	101 827
55-59	146 425	64 597	81 828
60-64	113 799	49 753	64 046
65-69	78 664	33 655	45 009
70-74	56 034	22 990	33 044
75-79	42 807	16 530	26 277
80 y más	44 219	15 955	28 264

Fuente: Dane. Proyecciones de Población 2012

“En la esperanza de vida de la población de Medellín se observó un cambio en el patrón registrado respecto a 1993, especialmente en los hombres. Hace una década este grupo tenía una esperanza de vida significativamente inferior, situación que puede ser atribuible a la mortalidad por causas externas registradas en la ciudad para ese período” (Equipo Epidemiológico de la secretaría de Salud de Medellín, 2011, p. 21). Estos cambios se ven reflejados en el siguiente cuadro:

Tabla 4. Esperanza de vida en la población, según grupos de edad. Medellín 2005 - 2010

Grupo de edad (en años)	1993		2005		2005-2010	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0	57,64	73,36	71,32	77,15	72,81	77,63
1- 4	0	0	0	0	73,26	78,03
5 -9	54,37	70,31	67,92	73,72	69,39	74,18
10-14	49,53	65,46	63,04	68,84	64,48	69,29
15-19	44,91	60,66	58,22	63,96	59,61	64,4
20-24	43,42	56,1	53,66	59,11	54,93	59,53
25-29	42,25	51,48	49,37	54,3	50,43	54,71
30-34	39,75	46,84	45,17	49,46	45,99	49,86
35-39	36,63	42,2	40,81	44,63	41,45	45,02
40-44	33,28	37,59	36,54	39,89	36,99	40,26
45-49	29,49	33,01	32,09	35,18	32,45	35,54
50-54	25,67	28,58	27,76	30,58	28,04	30,92
55-59	21,9	24,33	23,63	26,13	23,82	26,45
60-64	18,12	20,22	19,68	21,85	19,81	22,13
65-69	14,72	16,59	16,06	17,88	16,11	18,12
70-74	11,62	13,2	12,67	14,16	12,71	14,36
75-79	8,64	10,04	9,55	10,73	9,66	10,88
80 y más	6,02	7,34	7,03	7,92	7,17	8,02

Fuente: Dane. Proyecciones de Población 2005 -2010.

[https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal del](https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del)

Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas Genéricas/Documentos/2012/Revista Salud/Revista Vol. 5, suplemento 2/5 Suplemento 2.pdf

2.3.2.3. Cobertura en salud

“Con la promulgación de la Ley 100 de 1993 que implementó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se cambió de un sistema de subsidio a la oferta de los servicios de salud, a un sistema de subsidio a la demanda y bajo un esquema de aseguramiento se afilió a la población a empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB), que se responsabilizan de asegurar la prestación de servicios a la población beneficiaria” (Equipo Epidemiológico de la secretaría de Salud de Medellín, 2011, p. 31)

“Con el fin de lograr la cobertura universal y garantizar el acceso a los servicios de salud de toda la población, se ha fortalecido el aseguramiento en los regímenes contributivo y subsidiado. Según la encuesta de Calidad de Vida realizada en el

año 2010, en Medellín el 59.8% de la población se encuentra afiliada al régimen contributivo, 28.1% al régimen subsidiado y el 12.1% restante corresponde a población afiliada a regímenes especiales, de excepción y población pobre no asegurada. Las acciones realizadas por la Secretaría de Salud de Medellín se han enfocado a promocionar la afiliación, al control de las bases de datos de afiliados y al control de las EAPB del régimen subsidiado y contributivo, frente a la garantía en el acceso a los servicios de salud de la población afiliada y la red de prestadores de servicios” (Equipo Epidemiológico de la secretaría de Salud de Medellín, 2011, p. 32).

Tabla 5. Distribución porcentual de la población por clasificación de Sisben

Régimen	Número	%
Contributivo	1.400.784	59,8
Subsidiado	658.417	28,1
Régimen especial	72.428	3,1
Población no asegurada	147.521	6,3
Otros	63.899	2,7
Total	2.343.049	100,0

Fuente: Encuesta de calidad de vida 2010, Medellín 2010.

[https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal del Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas Genéricas/Documentos/2012/Revista Salud/Revista Vol. 5, suplemento 2/5 Suplemento 2.pdf](https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2012/Revista%20Salud/Revista%20Vol.%205,%20suplemento%202/5%20Suplemento%202.pdf)

2.3.2.4. Enfermedades crónicas no transmisibles

“Según el Informe Mundial de la OMS. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Del año 2005, la epidemia de las enfermedades crónicas amenaza el desarrollo económico, social, la vida y la salud de millones de personas. En 2005, unos 35 millones de personas de todo el mundo murieron debido a las enfermedades crónicas, esta cifra duplica el número de defunciones

debidas a todas las enfermedades infecciosas (incluida la infección por el VIH y el sida, la malaria y la tuberculosis). Si bien se espera que las defunciones por las enfermedades infecciosas, las afecciones perinatales y las carencias nutricionales disminuyan 3% en los próximos 10 años, se prevé que las muertes debidas a las enfermedades crónicas aumentarán 17% para 2015” (Equipo Epidemiológico de la secretaría de Salud de Medellín, 2011, p. 61).

“Actualmente, las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte y discapacidad prematuras en la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe. En 2002, representaban 44% de las defunciones de hombres y mujeres menores de 70 años de edad y provocaron dos de cada tres defunciones en la población total” (Equipo Epidemiológico de la secretaría de Salud de Medellín, 2011, p. 61).

“En Colombia las enfermedades crónicas y algunos factores de riesgo asociados con estilos de vida ocupan el primer puesto entre las principales causas de enfermedad y muerte, sobrepasando incluso las causadas por violencia y accidentes. Del total de muertes registradas en Colombia durante 1990 al año 2005 (según el DANE) la mortalidad por las enfermedades crónicas se incrementó, pasando del 59 al 62,6%, mientras que la violencia y los accidentes representaron el 23,9% y las del grupo de las transmisibles, maternas, perinatales y de la nutrición el 11,3%. Dentro de la estructura de causas de morbimortalidad en la población general, las enfermedades del sistema circulatorio, principalmente la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebro vascular y la hipertensión arterial y sus complicaciones, ocupan el primer lugar, seguido de tumores, enfermedades pulmonares crónicas y enfermedades degenerativas osteoarticulares” (Equipo Epidemiológico de la secretaría de Salud de Medellín, 2011, p. 61).

“Para analizar la situación de esta problemática en la ciudad es importante tener en cuenta las prioridades que la Organización Mundial de la Salud identifica para realizar acciones de intervención y lograr impacto en la reducción de la carga de la enfermedad por estas patologías, donde se identifica como los principales factores de riesgo asociados a las ECNT más importantes, como son el Tabaco, consumo de alcohol, inactividad física y malnutrición. Así mismo prioriza como principales enfermedades crónicas las que tienen la mayor carga de morbimortalidad a nivel mundial como lo son las enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes e hipertensión. Desde el año 2010 la OMS, comienza a estructurar criterios para el manejo integrado de las patologías de salud mental como un componente importante para las enfermedades crónicas no transmisibles” (Equipo Epidemiológico de la secretaría de Salud de Medellín, 2011, p. 61).

2.3.2.4.1. Enfermedad renal crónica:

“La enfermedad renal crónica es considerada como una entidad de alto costo, que genera gran impacto económico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, además del efecto social que produce en los pacientes y sus familias. En Medellín, la mortalidad por enfermedad renal crónica (ERC) tuvo, entre los años 2000 y 2006, una clara tendencia al aumento, pero a partir de 2007 se han disminuido las tasas globales de mortalidad de forma significativa (14,52 por cien mil habitantes en el 2006 a 6,1 en el año 2010. Este cambio en la mortalidad en la ciudad a partir del año 2006 se puede ver influenciado por los cambios realizados en los planes obligatorios de salud en esa época, con la introducción de nuevos medicamentos y medios diagnósticos para la enfermedad renal” (Alcaldía de Medellín, 2012, p. 44).

“Según el informe de la situación de la enfermedad renal en Colombia en el año 2008 y en el año 2009, realizado por el Fondo Colombiano de Enfermedades de

Alto Costo, la prevalencia de enfermedad renal crónica terminal en Colombia es de 47,5 pacientes en el año 2008 y 45,4 en el año 2009 por cada 100.000 habitantes, cifras que son superiores a la prevalencia promedio en Latinoamérica (38,1 por 100.000 habitantes). En Medellín, la prevalencia fue de 75,5 (2008) y 79,43 por 100.000 habitantes, según lugar de residencia (2009), siendo la más alta registrada en todo el país en el año 2009. La prevalencia ajustada por edad según régimen de afiliación tiene mayores diferencias (68,21 por cien mil habitantes para el contributivo y 115,47 para el subsidiado)” (Alcaldía de Medellín, 2012, p. 44).

2.3.2.4.2. Diabetes:

“Esta es una de las principales precursoras de ERC. En Medellín se observa a partir del año 2006 una disminución en las tasas de mortalidad, al pasar de 30,39 casos por 100 000 habitantes en el 2005 a 9,56 en el año 2010. Sin embargo, en relación con la mortalidad temprana, esta tiene un peso promedio del 14 % sobre todas las muertes por diabetes durante el periodo 2000-2010, observando el porcentaje más alto en el año 2010 (17 %). Este indicador es más alto que lo estimado por la OPS para las Américas que fue del 6 %. La prevalencia de la diabetes en Medellín en el año 2007 fue de 6 %, sin diferencias por sexo y se estimó una prevalencia de diabetes del 21 % en la población mayor de 61 años” (Alcaldía de Medellín, 2012, p. 44).

2.3.2.4.3. Enfermedades cardiovasculares:

“En cuanto a la mortalidad por las enfermedades cardiovasculares, estas han tenido, en general, una tendencia estable en la última década, en especial las hipertensivas y las cerebrovasculares. Sin embargo, la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón muestra un comportamiento al aumento desde el año 2000 (62,8 casos por 100 000 habitantes) hasta el año 2010 (72,01 casos por 100 000 habitantes)” (Alcaldía de Medellín, 2012, p.44).

“En relación con la carga de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, en el último decenio la proporción promedio de mortalidad temprana fue de 11 % para las hipertensivas, 18 % para las isquémicas y 20 % para las cerebrovasculares. El indicador de años de vida perdidos por enfermedad isquémica del corazón, medido como tasa de AVPP por 1 000 habitantes, tiene una tendencia estable durante el periodo 2000-2010, con un promedio de cinco AVPP por cada 1.000 habitantes” (Alcaldía de Medellín, 2012, p. 44).

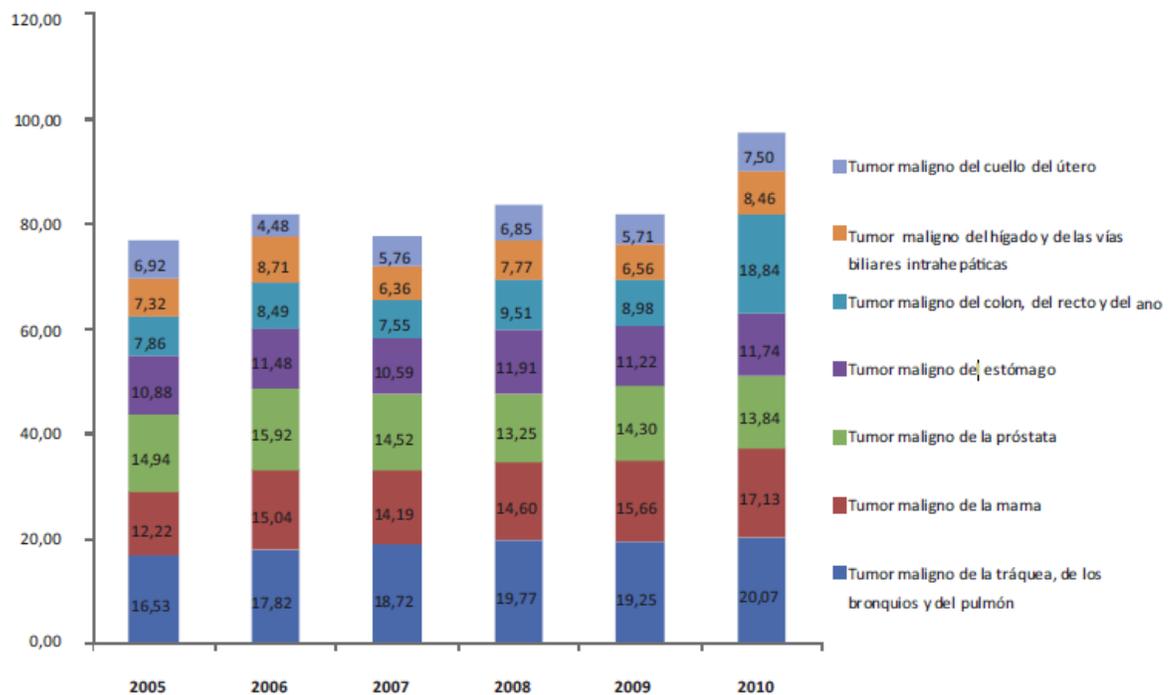
2.3.2.4.4. Cáncer:

*“En relación con el cáncer, como se muestra en la **Figura 14.**, el principal causante de muerte es el cáncer de pulmón, que afecta principalmente a la población mayor de 60 años, seguido por la mortalidad por cáncer de mama; pero en el año 2010 se observa un aumento importante del cáncer de colon y recto. También se resalta la alta tasa de mortalidad por cáncer gástrico en la población de Medellín” (Alcaldía de Medellín, 2012, p. 45).*

“Se considera el cáncer de cuello uterino como la primera causa mundial de mortalidad por cáncer en las mujeres, razón por la cual fue incluido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio como un tema de alta prioridad. En Medellín, en el año 2007 se registró una tasa de 5,76 muertes por cada 100 mil mujeres, registrando un incremento para el año 2010 de 7,4 por 100 mil mujeres; adicionalmente, siete de las 16 comunas presentaron cifras superiores a la tasa municipal, especialmente las ubicadas en la zona nororiental de la ciudad, con un comportamiento persistente a través de los años, teniendo una relación inversa con el Índice de Desarrollo Humano y los Indicadores de Calidad de Vida. Otro aspecto importante respecto al cáncer de cuello uterino es la carga de enfermedad que éste representa para la ciudad, medida en la mortalidad temprana (mujeres

menores por esta causa han sido en este grupo de edad” (Alcaldía de Medellín, 2012, p. 45).

Figura 14. Primeras causas de mortalidad por cáncer. Medellín, 2005 - 2010



Fuente: Secretaría de Salud.

<https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2012/Revista%20Salud/Revista%20volumen%206,%20No%2001/Revista%20Salud%20P%C3%ABlica%202011.pdf>

“En Medellín, para el periodo 2005-2010 se tuvo una tasa de mortalidad por cáncer de mama de 14,7 casos por 100 000 mujeres y el 47 % correspondió a mujeres menores de 60 años. Si se compararan las tasas de mortalidad por comunas con la tasa de la ciudad y del país, se podría observar como en las comunas de La Candelaria, Laureles Estadio y La América es donde se presenta la mayor carga de mortalidad para la ciudad por cáncer de mama” (Alcaldía de Medellín, 2012, p. 45).

“La tasa de mortalidad por cáncer de próstata en Medellín es de 14.4 casos por 100 000 hombres entre el periodo 2005-2010. En cuanto a la mortalidad temprana, ésta ha representado en los últimos 10 años el 7 % de las muertes, con pocas variaciones en las tasas de mortalidad para la población de hombres menores de 60 años” (Alcaldía de Medellín, 2012, p. 45 – 46).

“Referente al cáncer infantil, la leucemia aguda pediátrica es uno de los más importantes. A ésta se le realiza un seguimiento dentro del proceso de vigilancia epidemiológica a partir del año 2010 en Medellín. Para ese año se diagnosticaron 19 casos nuevos, el 68 % de los pacientes se diagnosticaron de forma hospitalaria, con una tasa de incidencia de 3,4 casos por 100 000 niños menores de 15 años en el año 2010, teniendo mayor frecuencia la leucemia linfocítica aguda, la cual representa el 73 % de los casos de la ciudad. En relación con la mortalidad se registró en el año 2010 a un tasa de 1,5 casos por 100 000 menores de 15 años” (Alcaldía de Medellín, 2012, p. 46).

2.3.2.4.5. Factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles:

“En cuanto al comportamiento de algunos de los factores de riesgo más importantes que inciden en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, la actividad física en la población de Medellín se ha evaluado en diferentes estudios y, si bien más de la mitad de la población manifestó que realiza actividades de recreación y deporte, la prevalencia de actividad física mínima para que sea un factor protector es del 22 %. Sin embargo, la prevalencia de actividad física en los adolescentes se ha incrementado entre 2002 y 2007” (Alcaldía de Medellín, 2012, p. 46).

“En cuanto al tabaquismo, el segundo estudio de salud mental del adolescente en Medellín, realizado en el año 2009 por la Universidad CES, encontró que la

prevalencia anual del consumo de esta sustancia aumentó de 23 % en el año 2006 a 25,4 % en el año 2009. En cuanto a la edad promedio de inicio de consumo de cigarrillo, pasó de 12,8 en el año 2006 a 12,5 en el año 2009” (Alcaldía de Medellín, 2012, p. 46).

El presente trabajo de investigación propone un análisis que permita una alternativa para subsanar el alto costo que genera esta Unidad Funcional de Laboratorio, para ello se planteara diferentes opciones de contratación que pudiesen implementarse, para contribuir a mejorar la situación actual del costo de laboratorio de la fundación Médico Preventivo.

2.3.3. Outsourcing o externalización del marketing

*“La externalización, según la definición de Jean-Louis Bravard en su libro La externalización inteligente, es el uso contratado de los recursos, bienes y capacidades de un tercero, con niveles garantizados de los criterios de calidad, rendimiento y valor frente al coste, así como un método de evaluación, con el fin de proporcionar servicios que antes se realizaban dentro de la empresa. Posiblemente implicará la transferencia de parte del personal existente a la empresa proveedora de servicios, y/o la transformación/rejuvenecimiento de los procesos de apoyo empresariales y la tecnología. Es decir, el Outsourcing, también llamado externalización, **es el proceso en el cual una empresa delega una porción de su proceso de negocio a una compañía externa.** Dicha compañía es contratada para desempeñar más eficientemente el trabajo. La primera organización queda libre para enfocarse en la función central de su negocio. En resumen, el outsourcing consiste en que una empresa contrata a una agencia externa especializada para realizar un trabajo que no domina. Uno de los objetivos más buscados por los empresarios es **aumentar la rentabilidad de su empresa.** Y una forma de lograrlo es externalizar determinados servicios, y de ese modo conseguir **mayor rendimiento, calidad y un ahorro, de forma que los***

costes fijos se conviertan en variables. *En el caso del marketing, el outsourcing permite a la empresa comenzar a utilizar los beneficios del marketing para orientar su negocio sin invertir demasiado dinero y soportando menos riesgos. Según un estudio realizado por Adecco, declara que la crisis económica ha favorecido que muchas empresas recurran al outsourcing como una alternativa. En concreto, determina que un 51,4% ha optado alguna vez por esta técnica” (Antonio, 2013)*

2.3.3.1. Antecedentes

“No se puede decir que está en la moda hacer Outsourcing, por el contrario es una práctica que lleva muchos años permitiendo a las empresas ampliar sus resultados” (Capítulo II. Outsourcing, p. 1).

“Con el famoso carro Modelo T negro de Henry Ford fue tal la demanda, que su capacidad de producir se volvió un recurso escaso y no tuvo otra alternativa que entrar a subcontratar partes con terceros. Lo mismo ocurrió en los años veinte con el desarrollo que tuvo el ferrocarril; fue tal la demanda por productos en la mayoría de las empresas, que se vieron obligadas a buscar quién les realizará trabajos por fuera de ella” (Capítulo II. Outsourcing, p. 1).

“Otro suceso es cuando en los años sesenta Europa se fue para el norte de África a buscar mano de obra barata, lo mismo que hicieron los japoneses en el oriente de África y los americanos con el sur de América. Lograron los tres contratar con empresas conocedoras del medio, para que se les redujeran los costos, contratando la producción de algunos bienes. También en esta época con la introducción de la computadora a la industria se empezó por parte de algunas empresas a vender servicio para la nómina, inventarios, etc” (Capítulo II. Outsourcing, p. 1).

“Pero fue en los años ochenta cuando el mundo empezó a ver cómo era más conveniente entregar ciertos procesos a terceros, que hacerlos la misma empresa

y el caso más relevante se da cuando KODAK cedió a IBM su centro de data y sistemas de telecomunicaciones” (Capítulo II. Outsourcing, p. 1).

“Por lo tanto se puede observar que el avance que ha tenido el outsourcing ha sido a través del enfoque que ha ido evolucionado; ya que de ser meramente táctico se ha convertido en un enfoque estratégico donde las empresas hoy parten de un análisis de su visión, de su misión, de su cadena de valor y de cuáles deben ser sus procesos y sus subcontratos” (Capítulo II. Outsourcing, p. 2).

“Tercerización, Subcontratar, Ampliar la empresa sin delegar autoridad. Con estos nombres también se conoce una mejor manera de presentar la reingeniería o alcanzar excelentes resultados mediante una especial atención a los clientes o teniendo una óptima relación con los proveedores. Haciendo lo que se sabe hacer y contratando con terceros lo que no es de la esencia del negocio es la finalidad de outsourcing. Cuando las empresas descubrieron que ciertas áreas eran mejor dejarlas para otros, que si poseían más habilidad, conocimiento, experiencia, creatividad, capacidad económica, empezaron a tener óptimos resultados porque se concentraron en hacer lo que era importante para el negocio. Inicialmente se creyó que el beneficio de la subcontratación era para pequeñas empresas, que por falta de recursos empezaron a entregar su contabilidad, nómina, inventarios y cuentas por cobrar; sin embargo empresas de mayor tamaño vieron la ventaja de entregar a terceros el manejo de alta tecnología, o aquellos oficios que implicaban una capacitación permanente y costosa. También, medianas empresas se quitaron el problema de hacer investigaciones de mercados y de contratar personal” (Capítulo II. Outsourcing, p. 2).

“El outsourcing es aplicable a cualquier tipo de negocio que piense en grande y quiera sin costos adicionales alcanzar mejores resultados” (Capítulo II. Outsourcing, p. 2).

“Outsourcing se ha empezado a notar como una práctica administrativa para gestionar procesos, desde hace poco, y con un carácter estratégico, llegando hoy

a convertirse en una de las principales herramientas para alcanzar ventaja competitiva” (Capítulo II. Outsourcing).

2.3.2.2. Generalidades de Outsourcing

“La importancia del outsourcing radica en que esta pretende concentrar los esfuerzos de la compañía en las actividades principales del giro del negocio. De esta manera se pretende otorgar mayor valor agregado para los clientes y productos mediante agilidad y oportunidad en el manejo de los procesos transferidos, una reducción de los tiempos de procesamiento e incluso, en la mayoría de los casos, una reducción de costos y de personal, así como una potencialización de los talentos humanos” (Capítulo II. Outsourcing, p. 3).

2.3.3.3. Definiciones de outsourcing

“La traducción literal de esta palabra no transmite exactamente lo que se quiere proyectar, porque out quiere decir fuera y source significa origen, entonces “origen de afuera”, no nos transmite una idea concreta de algo en especial, sin embargo, en la lengua inglesa, y sobre todo en el argot de la administración empresarial, es un valor entendido y aceptado como: “los servicios externos” que en una empresa requiere, para completar las funciones administrativas, o de determinadas tareas técnicas que esta no puede realizar de manera interna por múltiples razones, y la mayoría de las veces, son de carácter económico” (Capítulo II. Outsourcing, p. 3).

“No se menciona que: “Mientras un empleado temporal puede ser contratado para un trabajo determinado, en otros casos la empresa prefiere inclinarse por la contratación de servicios externos, ampliando así el conjunto de servicios recibidos por una empresa llamada outsourcing” (Capítulo II. Outsourcing, p. 3).

“Esto en general se debe a que las empresas externas están especializadas en el servicio que ofrecen, además que cuentan con la experiencia de haber asesorado a numerosas organizaciones, lo que le da un estatus de expertos, que les confiere un alto nivel de confiabilidad por parte de las empresas que los contratan” (Capítulo II. Outsourcing, p. 3).

“Subcontratación (del inglés outsourcing), también llamado tercerización o externalización, es el proceso económico en el cual una empresa determinada mueve o destina los recursos orientados a cumplir ciertas tareas, a una empresa externa, por medio de un contrato. Esto se da especialmente en el caso de la subcontratación de empresas especializadas. Para ello, pueden contratar sólo al personal, en cuyo caso los recursos los aportará el cliente (instalaciones, hardware y software), o contratar tanto el personal como los recursos” (Capítulo II. Outsourcing, p. 4)

“Según el Harvard Business Review, por outsourcing se entiende “la delegación de todas o parte de las funciones de los sistemas de información de una empresa u organización en un socio tecnológico” (Capítulo II. Outsourcing, p. 4).

“El outsourcing es una mega tendencia mundial en la comunidad empresarial. A través de la contratación externa de servicios y procesos que no hacen parte del giro principal del negocio, permite a las empresas la concentración de los esfuerzos en las actividades esenciales a fin de obtener competitividad y resultados tangibles” (Capítulo II. Outsourcing, p. 4).

“La definición básica de outsourcing que puede sintetizar como “la decisión de una organización de entregar una parte de sus procesos, comúnmente en el ámbito logístico, productivo o de negocio, para que sea desarrollado por una empresa especializada, que por poseer dicho carácter, se asume que puede desempeñarlo con mayor eficiencia” (Capítulo II. Outsourcing, p. 4).

“Un servicio de outsourcing, tiene un marco jurídico definido, que las empresas involucradas debieran conocer y cumplir, por lo cual, estos servicios necesariamente están soportados por contratos Inter-Empresa que definen los términos en que se entregan los servicios, los compromisos asumidos tanto por el prestador como por la empresa que los recibe, y las sanciones en caso de incumplimiento” (Capítulo II. Outsourcing, p. 4 – 5).

“El objetivo principal de una empresa que contrata un servicio de outsourcing, es poder dedicar sus mejores esfuerzos y energía al foco central de su negocio” (Capítulo II. Outsourcing, p. 5).

“La globalización de los procesos económicos, han favorecido el incremento que están teniendo los servicios de outsourcing, ya que las empresas están obligadas a mejorar la eficiencia de sus procesos y optimizar sus estructuras internas, única forma de mantenerse competitiva en los mercados internacionales” (Capítulo II. Outsourcing, p. 5)

Los principales objetivos que pueden lograrse con la contratación de un servicio de un servicio de outsourcing son los siguientes:

- Optimización de los recursos.
- Reducción de costos.
- Mejora en la calidad del servicio.
- Simplificación de procedimientos.
- Flexibilidad.
- Dinamismo.

“Hace diez años aproximadamente, las empresas mexicanas empezaron por eliminar de sus nóminas a personal de seguridad y vigilancia, creándose para ello una institución especializada en reclutar, capacitar y asignar personal a las

empresas que requieren este tipo de servicio, siendo esta institución la encargada de la contratación de personal. Luego se procedió a realizar el mismo proceso con los servicios de limpieza” (Capítulo II. Outsourcing, p. 5).

Ahora es más común, que cada día las empresas empiecen a solicitar servicios y asesoría externa en otro tipo de funciones como son:

- Servicios de reclutamiento y selección de personal.
- Programas de Capacitación y entrenamiento de personal.
- Estudios de análisis y evaluación de puestos.
- Asesoría en sueldos y salarios.
- Auditoría administrativa de recursos humanos.

“Por ello no es fácil encontrarse con que al visitar la gerencia de recursos humanos de alguna empresa, sobre todo si es trasnacional, que en dicha oficina sólo existan el gerente y una computadora personal” (Capítulo II. Outsourcing, p. 6).

2.3.3.4. Por que utilizar outsourcing

Hasta hace un tiempo esta práctica era considerada como un medio para reducir los costos; sin embargo en los últimos años ha demostrado ser una herramienta útil para el crecimiento de las empresas por razones tales como:

- Es más económico. Reducción y/o control del gasto de operación.
- Concentración de los negocios y disposición más apropiada de los fondos de capital debido a la reducción o no uso de los mismos en funciones no relacionadas con la razón de ser de la compañía.

- Acceso al dinero efectivo. Se puede incluir la transferencia de los activos del cliente al proveedor.

- Manejo más fácil de las funciones difíciles o que están fuera de control.

- Disposición de personal altamente capacitado

- Mayor eficiencia.

“Todo esto permite a la empresa enfocarse ampliamente en asuntos empresariales, tener acceso a capacidades y materiales de clase mundial, acelerar los beneficios de la reingeniería, compartir riesgos y destinar recursos para otros propósitos” (Capítulo II. Outsourcing, p. 6).

2.3.3.5. Consenso de Washington en el Outsourcing

“No existe un antecedente específico de cual o cuales fueron los primeros trabajos de outsourcing; sin embargo, una referencia válida la constituye el denominado consenso de Washington (1989), en el cual y basado en las características neoliberales del mismo, se indica que el estado es ineficiente en la prestación de servicios o en la producción de bienes. Por otra parte, es importante diferenciar éste proceso con la privatización, ya que aunque se cede total o parcialmente la función en cuestión para el manejo y ejecución de ella a un tercero, este queda vinculado como un elemento subordinado a la empresa y, pueden ser los bienes, las personas o el capital los que siguen de alguna forma perteneciendo a la empresa. De acuerdo a lo planteado por Rothery y Robertson (1997), el

outsourcing o subcontratación es el método mediante el cual las empresas se desprenden de alguna actividad, que no forme parte de sus habilidades principales, explotando el conocimiento, la experiencia y la creatividad de terceros” (González, 2003).

“El concepto y nombre del consenso de Washington fue presentado por primera vez en 1989 por John Williamson, economista del Instituto Peterson de Economía Internacional, un comité de expertos en economía internacional con sede en Washington, D.C.2 Williamson usó el término para resumir una serie de temas comunes entre instituciones de asesoramiento político con sede en Washington, como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y Departamento del Tesoro de los Estados Unidos, de los cuales se creían necesarios para la recuperación económica de los países Latinoamericanos afectados por las crisis económicas y financieras de los 80” (Wikipedia. La enciclopedia libre, 2006)

El consenso como originalmente lo indica Williamson incluía diez amplios grupos de recomendaciones políticas relativamente específicas:

1. Disciplina en la política fiscal, enfocándose en evitar grandes déficits fiscales en relación con el Producto Interno Bruto;
2. Redirección del gasto público en subsidios ("especialmente de subsidios indiscriminados") hacia una mayor inversión en los puntos claves para el desarrollo, servicios favorables para los pobres como la educación primaria, la atención primaria de salud e infraestructura;
3. Reforma tributaria, ampliando la base tributaria y adopción de tipos impositivos marginales moderados;

4. Tasa de intereses que sean determinadas por el mercado y positivas (pero moderadas) en términos reales;
5. Tipos de cambio competitivos;
6. Liberación del comercio: liberación de las importaciones, con un particular énfasis en la eliminación de las restricciones cuantitativas (licencias, etc.); cualquier protección comercial deberá tener aranceles bajos y relativamente uniformes;
7. Liberalización de las barreras a la inversión extranjera directa;
8. Privatización de las empresas estatales;
9. Desregulación: abolición de regulaciones que impidan acceso al mercado o restrinjan la competencia, excepto las que estén justificadas por razones de seguridad, protección del medio ambiente y al consumidor y una supervisión prudencial de entidades financieras;
10. Seguridad jurídica para los derechos de propiedad.

“El concepto como tal fue acuñado por el economista británico John Williamson en un artículo publicado en 1989, donde enunciaba una serie de medidas de

estabilización y ajuste de las economías respecto a las cuales determinadas instituciones con sede en Washington —mayormente el FMI y el BM, así como el gobierno y la Reserva Federal de EE.UU. — parecían tener un consenso sobre su necesidad. En términos generales, el entonces nuevo ideario apostaba por un paquete conjunto de políticas económicas como: la lucha contra el déficit público por la vía de reducción del gasto, las reformas para reducir la progresividad impositiva, la PRIVATIZACIÓN de empresas públicas, la liberalización del comercio y de los MERCADOS de capitales a nivel internacional, la minimización de las condiciones a la entrada de INVERSIÓN EXTRANJERA DIRECTA y la desregulación de los mercados laborales internos, entre otras” (Bidaurratzaga, 2012).

Críticas y tendencias recientes

“Estos paquetes de políticas y sus instituciones promotoras recibieron fuertes críticas como consecuencia de sus graves efectos sociales sobre los sectores de la población más vulnerables, así como por los escasos resultados de sus reformas a la hora de alcanzar uno de sus pretendidos objetivos, esto es, estimular la actividad económica. Todo ello además, en un contexto en el que otros países que no han seguido fielmente las propuestas del Consenso de Washington han obtenido mejores resultados económicos, como Corea del Sur o China, entre otros” (Bidaurratzaga, 2012)

“Dichas críticas, lanzadas desde diversos ámbitos de la academia, agencias de NACIONES UNIDAS y amplios sectores de la sociedad civil en los países afectados, llevaron desde mediados de los noventa a una amplia demanda de superar la fase anterior y caminar hacia el que se vino a denominar el post-Consenso de Washington. Desde esta perspectiva, se criticaba la fe ciega en el ideario neoliberal y en sus recetas universalistas, acuñándose conceptos como “fundamentalismo de mercado” para explicar esta tendencia que tanto se ha

extendido por todo el mundo en los últimos treinta años. A este respecto, la influencia de académicos como Joseph Stiglitz, economista jefe del BM entre 1997 y 2000 y premio Nobel de Economía en 2001, ha sido muy destacada. Sus críticas a la forma en que se gestionó la transición de Rusia hacia el capitalismo neoliberal o la crisis financiera del sudeste asiático en 1997 por parte del FMI, y en general al malestar causado por el actual formato de globalización, han contribuido significativamente a alimentar el cuerpo teórico del post-Consenso de Washington” (Bidaurratzaga, 2012).

“Todo ello ayudó a provocar también diversos cambios en el discurso del BM desde finales de los años noventa a partir de planteamientos neo-institucionalistas, como en el caso de su propuesta de Marco Integral de Desarrollo. La confluencia del FMI y del BM entre las muchas instituciones que trabajan en el marco del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) podría verse también como un cambio en esa dirección. Pese al cambio de discurso en la lógica de priorización de la lucha contra la pobreza, la práctica de la condicionalidad macroeconómica, el ajuste y las políticas de austeridad sigue aún muy vigente en los países del Sur y del Este que reciben financiación de estas instituciones” (Bidaurratzaga, 2012)

“En este mismo sentido, la crisis financiera de 2008 y la respuesta a la misma por parte de gobiernos e INSTITUCIONES FINANCIERAS INTERNACIONALES ha puesto de manifiesto que la presencia de los principios del Consenso de Washington y sus políticas neoliberales desgraciadamente sigue siendo todavía muy amplia. Si bien la reacción inicial por parte de muchos gobiernos, de la mano de la intervención pública y las operaciones de rescate a la banca y otros sectores privados, evidenciaban lo inapropiadas que habían sido las políticas previas de desregulación y liberalización de MERCADOS a ultranza, el resultado final de todo ello, sin embargo, dista de alejarnos de dicho ideario y de la práctica neoliberal. Es decir, como consecuencia de esto, la aplicación del principio de «PRIVATIZACIÓN de las ganancias y socialización de las pérdidas» ha hecho que la crisis financiera, y la consiguiente recesión económica, se acabe convirtiendo en una crisis fiscal

para muchos de esos gobiernos, como hemos visto en el caso de diversos países de la periferia europea. Paradójicamente, todo ello ha hecho resurgir con gran fuerza el discurso y la práctica más neoliberal del Consenso de Washington. La apuesta de nuevo por fuertes ajustes presupuestarios por la vía del gasto y la mayor desregulación de los mercados laborales internos, entre otras medidas, se está traduciendo en un drástico deterioro de los sistemas de protección social, con graves consecuencias sobre las condiciones de vida de los sectores sociales más vulnerables, así como en amplio descontento y rechazo popular” (Bidaurratzaga, 2012).

2.3.4. Alianzas estratégicas

“Se revisó el tema de alianzas estratégicas como aporte conceptual que respalda teóricamente las alianzas dentro de varios sectores de la economía. Es bien sabido que últimamente ha surgido un auge inusitado en las alianzas estratégicas de empresas correspondientes a los ámbitos nacional e internacional, siendo la causa fundamental afrontar de la mejor manera los vaivenes y complejidades que se presentan en el contexto de los negocios” (Ochoa Díaz & Rengifo Muñoz, 2003, p. 17).

“Como respuesta a los continuos cambios en el sector de la salud en el mundo, las instituciones de salud han buscado la forma de realizar alianzas entre hospitales, empresas prestadoras de servicios de salud y aseguradoras con el fin de reducir costos, ampliar mercados y por supuesto prepararse para las continuas reformas de los Sistemas de Salud. En una entrevista realizada a los CEO por la National Research Co., en Estados Unidos el 45% de los hospitales e instituciones de salud había realizado algún tipo de alianza para afrontar el futuro y el 39% respondió que la mejor manera de prepararse para la reforma era a través de alianzas” (Ochoa Díaz & Rengifo Muñoz, 2003, p. 17).

“Las alianzas estratégicas han sido reconocidas como un mecanismo para superar la escasez de recursos sin perder el control político de la entidad de salud, manteniendo la propiedad de los activos y creando instituciones flexibles, sin incurrir en grandes erogaciones de inversión, ni en costos que puedan ser requeridos en otros arreglos organizacionales. Como respuesta a los continuos cambios en el sector de la salud en el mundo, las entidades de salud han buscado la forma de reducir costos, ampliar mercados, y prepararse para los continuos cambios en la tecnología, por medio de alianzas estratégicas entre las instituciones de salud, las empresas productoras de equipos y procedimientos médicos, y las aseguradoras. Por ejemplo, Atena Global Benefits, una importante aseguradora, ha realizado alianzas con hospitales de gran categoría alrededor del mundo para garantizarles a los afiliados el acceso a los servicios en los sitios donde los necesiten. Las alianzas surgen también cuando dos hospitales encuentran que la manera de ofrecer la mejor calidad es uniendo esfuerzos en la prestación de servicios especializados, en un mercado cada vez más exigente y competitivo” (Ochoa Díaz & Rengifo Muñoz, 2003, p. 17 - 18).

“Cuando las alianzas son positivas atraen personal altamente calificado, aportes de capital, y nuevas tecnologías, fortalecen la participación en el mercado, aprovechan las economías de escala, reducen costos y mejoran los procesos gerenciales. Los hospitales necesitan agregar valor a los servicios que ofrecen a sus clientes, lo cual pueden lograr mediante las alianzas, sin incrementar sus costos de operación” (Ochoa Díaz & Rengifo Muñoz, 2003, p. 18).

2.3.4.2. Tipos de alianzas estratégicas

Existen diferentes tipos de Alianzas, y las podemos clasificar de la siguiente manera:

a) Alianzas que involucran propiedad y crean una nueva entidad

“En este tipo de alianza dos o más empresas aportan capital en forma de recursos financieros, humanos, tecnológicos u otro tipo de activos tangibles para formar una nueva empresa. Ejemplos de este tipo de alianzas son las Joint-ventures, los consorcios de exportación y las cooperativas” (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 6)

*“**Joint-ventures**, es un acuerdo contractual entre dos o más empresas que tal u otro tipo de activos (tecnología, maquinaria, etc.) para crear una nueva empresa. En el plano internacional, el caso más usual consiste en una empresa extranjera y una empresa local que deciden emprender juntas una aventura en el mercado de la última, compartiendo la propiedad y el control de la misma” (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 6).*

“Normalmente la empresa extranjera aporta capital y tecnología mientras que el socio local aporta capital, conocimientos del mercado local y acceso al mismo. Estos aportes reflejan las ventajas de una joint-venture para las partes” (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 6).

“En una joint-venture, dos (o más) empresas forman una tercera, subsistiendo las tres. Esto implica cooperación entre empresas, pues en los casos de adquisición y fusión sólo queda una firma propietaria, luego no puede haber cooperación por definición” (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 6).

“Las joint-ventures son muy comunes en el caso de empresas que se introducen en nuevos países” (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 6).

“Tanto en los consorcios de exportación como en las cooperativas de comercio exterior, varias empresas de tamaño pequeño o medio aportan capital para crear una nueva entidad que canalice sus exportaciones,

compartiendo tales empresas la propiedad de la nueva sociedad” (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 7).

*“**Los consorcios** exportan materias primas y productos con bajo valor añadido, éstos suelen crearse para promover y vender en el exterior los productos de sectores más industrializados. Hay abundantes ejemplos en las industrias del vino, muebles, productos de ferretería, materiales para la construcción, y otros tipos de manufacturas” (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 7)*

*“**Las cooperativas de comercio exterior:** Son las que tienen un ordenamiento legal diferente y un régimen de gobierno igualitario, normalmente operan en sectores agrícolas, agroindustriales o ganaderos, haciendo acopio de oferta de bienes primarios, sin mucho valor añadido. Un ejemplo es la exportación de fruta fresca” (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 7).*

b) Alianzas que Involucran Propiedad y no crean una nueva entidad

*“Dentro de este grupo están lo que se llama **participaciones minoritarias** de otra empresa, que habitualmente fluctúan entre un 15% y un 35% del mismo, y suelen incluir la opción de compra preferente de más acciones. Hay casos en que sólo uno (o algunos socios) toma parte del capital de otro(s)” (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 7).*

*“**En el Intercambio de acciones:** ambos socios toman participaciones, produciéndose entonces un intercambio de acciones entre dos empresas que se asocian para emprender un proyecto en común” (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 7).*

c) Alianzas que crean una nueva entidad pero no involucran propiedad

“Estas alianzas son las menos comunes, pues se crea una nueva entidad, pero no de propiedad de los socios o partícipes de la alianza. Normalmente se trata de grandes proyectos creados por gobiernos de países o instituciones internacionales para promover la cooperación entre empresas en torno a un tema común. Se crea, entonces, una entidad para administrar el proyecto, pero ésta es de propiedad del gobierno o institución que financia el proyecto. La entidad gubernamental a cargo del proyecto asigna a diferentes empresas la tarea de estudiar distintas aplicaciones experimentales de nuevas tecnologías (transistores, circuitos integrados, etc.), y luego hace circular los resultados entre todas las firmas partícipes” (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 8)

d) Alianzas que no involucran propiedad ni crean una nueva entidad

“El cuarto tipo de alianzas estratégicas está constituido por aquellas asociaciones entre empresas que no desembocan en la creación de una nueva firma, y no requieren de participación en la propiedad de los socios” (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 8) Se encuentra dentro de este grupo:

- 1. Consorcios:** *“Consisten en empresas independientes que se ocupan de canalizar las ventas internacionales de sus propietarios, también hay consorcios en que los socios simplemente se ponen de acuerdo para un proyecto conjunto a largo plazo, pero no se crea una empresa independiente, ni aportes de capital, ni hay entonces propiedad de por medio”* (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 8).

2. **Las asociaciones o acuerdos:** *“Suelen darse entre dos o más compañías que deciden emprender juntas la investigación base de una nueva tecnología, sustancia química o medicamento, etc., y luego realizar por separado la aplicación concreta a productos o procesos de cada empresa. Cada firma aporta capital para crear un fondo común que financie la investigación, pero no se crea una nueva entidad que la dirija”* (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 9)

3. **Las tradicionales licencias:** *“Una licencia es un acuerdo contractual entre dos empresas de distintos países por medio del cual una concede a la otra el derecho a usar un proceso productivo, una patente, una marca registrada, un secreto comercial u otros activos intangibles a cambio de un pago fijo inicial, o ambos”* (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 9).

4. **Las franquicias de montaje de negocios:** *“En las que un detallista que posee una marca de prestigio transfiere todos sus conocimientos y permite el uso de su marca a otro detallista recién iniciado, implican alianzas entre competidores de la misma industria”* (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 9).

5. **La distribución cruzada:** *“Consiste en el intercambio de productos complementarios para ser distribuidos en otros países. Así, dos compañías se benefician mutuamente al conseguir distribuir sus*

productos en mercados donde no estaban anteriormente” (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 9).

6. Los acuerdos mixtos: *“Más utilizados, es la combinación de distribución con licencia de tecnología” (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 9).*

7. Los contratos de Manufacturas: *“Constituyen también alianzas muy usadas en nuestros días; muchas empresas subcontratan a sus competidores en otros países la fabricación de ciertos productos” (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 10).*

8. Los contratos de administración: *“También son acuerdos de cooperación a largo plazo entre competidores” (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 10).*

2.3.4.3. Ventajas y desventajas de las alianzas estratégicas

Ventajas:

1. *“Al participar en alianzas, las empresas pueden tener acceso más fácil y rápido a mercados o tecnologías de producto o proceso difíciles de obtener por sí mismas. Así, la cooperación se convierte en la vía más barata para nuevos competidores” (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 10).*

2. *“Las alianzas permiten obtener economías de escala o aprendizaje al ampliar el volumen de ventas como producto de acuerdos de distribución en nuevos mercados”* (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 10).
3. *“Ciertas alianzas permiten cumplir con los requisitos que imponen algunos gobiernos sobre propiedad de las empresas extranjeras. Por ejemplo, las joint-ventures son muy apropiadas para países que exigen al menos un 50% de propiedad local”* (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 10).
4. *“Las alianzas estratégicas permiten acelerar el proceso de internacionalización de la empresa aprovechando las oportunidades que se presentan en otros países, sin incurrir en costosas inversiones ni perder su independencia”* (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 11).

Desventajas:

1. *“Se argumenta que, con frecuencia, no son sino un procedimiento para “tapar agujeros”: ya que la empresa no puede competir en un mercado determinado, pero lo considera esencial, se “alía” con otra para llegar. El problema está en cómo asegurar una posición sólida cuando, de entrada, se parte del reconocimiento implícito de debilidad”* (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 11).

2. *“Se afirma también con frecuencia que no es bueno que la empresa dependa de otras empresas independientes para conseguir habilidades y activos que son la esencia de su ventaja competitiva. Si lo hace, la firma corre el grave riesgo de perder tal ventaja competitiva en el largo plazo”* (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 11).

3. *“Otro problema grave de las alianzas es que desincentivan a la empresa a esforzarse por mejorar e innovar en productos y procesos. Esto ocurre porque la dirección se contenta con descansar en el socio, que tal vez antes de la alianza era su competidor”* (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 11).

4. *“Otra crítica que se plantea es que, en ocasiones uno de los dos socios busca únicamente hacerse con la tecnología del otro, para luego explotarla por su cuenta, quizá contra él, por esto se dice que uno de los problemas en las alianzas es el crear futuros competidores; en otras palabras: socios hoy, rivales mañana”* (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 11).

5. *“Las alianzas suelen simplemente no funcionar, pues es realmente muy difícil armonizar los intereses y objetivos a largo plazo, y la cultura propia de dos empresas muy distintas. El peligro es aún mayor si a ello añadimos diferencias nacionales entre los socios”* (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 12).

6. *“Las alianzas estratégicas o acuerdos entre competidores en una misma industria suelen ser inestables en el tiempo y muchas de ellas fracasan,*

deshaciéndose o convirtiéndose en fusiones o adquisiciones por parte de uno de los socios” (Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas, p. 12).

2.3.5. Laboratorio Clínico

“Los laboratorios clínicos como establecimientos de carácter público o privado, realizan los procedimientos de análisis de especímenes biológicos de origen humano, como apoyo a las actividades de diagnóstico, prevención, tratamiento, seguimiento, control y vigilancia de las enfermedades, dentro del marco de los principios básicos de calidad, oportunidad y racionalidad. De acuerdo con esta definición, y con la gestión actual de los laboratorios en la ciudad de Medellín, se puede observar una dinámica enfocada exclusivamente en el diagnóstico de enfermedades que ya se encuentran presentes en los pacientes, y que en otras circunstancias podrían haber sido completamente prevenidas, si este paciente tuviera pleno conocimiento y control sobre su estado de salud” (Hernández Serna, 2010, p. 8).

“Es necesario fortalecer los sistemas de prestación de servicios de salud para la prevención de la enfermedad, y que estos sean acordes con las necesidades y características sociales de los pacientes. Probablemente, la situación económica de los sistemas de salud sería diferente, si existiera una disminución importante de pacientes que requirieran tratamientos costosos para enfermedades crónicas degenerativas; además, de las consecuencias negativas que trae para la ciudad, un alto número de muertes de este tipo, en una población laboralmente activa y joven” (Hernández Serna, 2010, p. 8).

“En Medellín, la situación de salud de la población muestra un gran porcentaje de muertes en adultos jóvenes a causa de morbilidades cardiovasculares de curso

crónico, que en su momento fueron fácilmente prevenibles si se hubieran aplicado las acciones necesarias. En este punto el laboratorio clínico puede servir como una herramienta de apoyo, más que dirigida a las instituciones de salud o al médico en primera instancia, dirigida al paciente, para permitirle conocer oportunamente su estado de salud y vigilarlo, de manera que se genere más conciencia preventiva en la población en riesgo. Eventualmente esta podría ser una estrategia adicional a los programas de prevención, que genere un impacto positivo en la salud de la población” (Hernández Serna, 2010, p. 8 – 9).

*“Los laboratorios tienen la posibilidad de desarrollar procesos que promuevan en el paciente el desarrollo de actitudes personales saludables, utilizando como herramienta toda la información que puede aportar el análisis de un espécimen biológico, como parte fundamental del diagnóstico médico. El problema actual radica, en la principal preocupación, manejar grandes volúmenes de pacientes, descuidando la calidad del servicio y el proceso **pos-analítico** del laboratorio, que incluye la correcta orientación para el paciente” (Hernández Serna, 2010, p. 9).*

“El laboratorio clínico debe estar permanentemente orientado al servicio integral del paciente, a satisfacer continua y oportunamente sus necesidades con calidad, a escuchar sus opiniones y considerar sus puntos de vista, a dar una rápida respuesta a quejas y reclamos, a mejorar la atención para proyectarse más allá de sus expectativas” (Hernández Serna, 2010, p. 18).

“La meta fundamental es la de prestar el mejor servicio a los pacientes, darles un trato amable que les genere confianza y esperanza, que les permita comprender claramente su estado de salud y la importancia de la prevención de algunas enfermedades” (Hernández Serna, 2010, p. 18).

2.3.5.1. Definiciones

Laboratorio clínico: *“Es el establecimiento público o privado en el cual se realizan los procedimientos de análisis de especímenes biológicos de origen humano, como apoyo a las actividades de diagnóstico, prevención, tratamiento, seguimiento, control y vigilancia de las enfermedades”* (Hernández Serna, 2010, p. 17).

Laboratorio dependiente: *“Es aquel que desde el punto de vista institucional, patrimonial, administrativo laboral, técnico, científico, presupuestal y financiero, constituye una unidad integral con la institución a la cual pertenece”* (Hernández Serna, 2010, p. 17)

Laboratorio independiente: *“Es aquel que ostenta patrimonio propio e independiente, autonomía administrativa, presupuestal y financiera, y cuenta con una dirección y orientación autónoma, prestando sus servicios al público en general o a la institución que lo solicite”* (Hernández Serna, 2010, p. 17).

Clasificación de los laboratorios: *“Los laboratorios clínicos tanto públicos como privados se clasifican en bajo, mediano y alto grado de complejidad, de acuerdo con el nivel de especialización de las pruebas, exámenes y procedimientos que se realicen, el recurso humano, administrativo, de infraestructura física y tecnológico del que dispongan”* (Hernández Serna, 2010, p. 17).

Laboratorio clínico de bajo grado de complejidad o primer nivel: *“Es aquel que cuenta con el recurso humano, infraestructura física y la tecnología requerida que le permitan realizar por lo menos las pruebas básicas de laboratorio que apoyen el diagnóstico de los problemas de salud en su área de influencia, pudiéndose valer de sistemas de referencia y contra-referencia”* (Hernández Serna, 2010, p. 17).

2.3.5.2. Antecedentes

“A pesar de la poca literatura disponible, sobre procesos gerenciales, administrativos y propuestas de montaje de laboratorios clínicos en la ciudad, en términos generales, la misión de los que están fuertemente establecidos en el mercado de la salud, se ha enfocado en adoptar métodos de las disciplinas básicas, desarrollar procedimientos de estudio de los diferentes especímenes de origen biológico, dar apoyo a la clínica y suministrar información confiable, para el correcto diagnóstico de las enfermedades, el seguimiento de su curso evolutivo, y el control de la eficacia terapéutica; por medio de actividades asistenciales, docentes y de investigación. Como institución que presta servicios de salud, el laboratorio clínico también es responsable de desarrollar vigilancia epidemiológica dentro del sistema general de la seguridad social, para suministrar información sobre el comportamiento de los diferentes eventos relacionados con el proceso salud-enfermedad. Actúa como uno de los componentes de la primera etapa del sistema de información para la vigilancia epidemiología en la recolección de datos, que al ser procesados y analizados permiten la toma de decisiones sustentadas en la realidad. Esta, es probablemente la única forma en la que puede contribuir directamente al diseño e implementación de acciones de fomento de la salud y prevención de la enfermedad” (Hernández Serna, 2010, p. 10).

“La transformación de este enfoque tradicional puede permitir al laboratorio convertirse en una herramienta activa de desarrollo, en la prevención en salud, conservando el principio de apoyo al diagnóstico médico” (Hernández Serna, 2010, p. 10)

Según los datos, sobre el perfil epidemiológico de Medellín, extraídos de los indicadores Básicos de salud 2010, se revisa la morbilidad y la mortalidad que son de mayor relevancia para el Laboratorio. La siguiente es la lista en orden de frecuencia de las principales causas de morbilidad global (hombre y mujeres teniendo en cuenta todos los rangos de edad) en Medellín:

1. Hipertensión esencial
2. Otros síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otras partes.
3. Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores.
4. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.
5. Dorsopatías.
6. Gastritis y duodenitis.
7. Trastornos de los tejidos blandos.
8. Faringitis aguda y amigdalitis aguda.
9. Diabetes mellitus.
10. Otros trastornos de los dientes y sus estructuras de sostén.

La lista a continuación corresponde a la mortalidad global (hombre y mujeres teniendo en cuenta todos los rangos de edad) en orden de frecuencia en la ciudad de Medellín:

1. Enfermedades isquémicas del corazón.
2. Agresiones.
3. Enfermedades cerebrovasculares.

4. Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.
5. Diabetes mellitus.
6. Accidentes de transporte.
7. Enfermedades del sistema genitourinario.
8. Otras enfermedades del corazón
9. Tumores malignos.
10. Neumonía.

“De lo anterior puede inferirse que el primer factor susceptible de realización de prevención primaria y secundaria son las enfermedades cardiocerebrovasculares que poseen una fisiopatología similar y cuyos cimientos se fundamentan en hábitos de vida no saludables objetivables con el laboratorio. La mayoría de estos desenlaces cardiocerebrovasculares tienen su origen en la hipertensión y la diabetes, además de los factores de riesgo coadyuvantes. El impacto social, económico y laboral de las secuelas de estas patologías es inmenso, motivo por el cual constituyen” (Hernández Serna, 2010, p. 38) la importancia del papel del Laboratorio Clínico.

“De la misma forma se identificaron otras patologías que pueden ser tamizadas por el laboratorio con el fin de prevenir complicaciones posteriores. Este es el caso de las patologías del sistema genitourinario, las cuales aportan un buen número de muertes y a un sin número de hospitalizaciones en los 2 grupos de mayor vulnerabilidad: niños y ancianos. Otra patología de alta prevalencia corresponde a las neoplasias malignas, dentro de las cuales las 4 principales causas de muertes por esta patología en la actualidad: carcinoma de mama, carcinoma de cérvix, carcinoma de próstata y carcinoma de pulmón, son algunas de los principales cáncer en la Fundación Médico preventiva. Estas patologías son susceptibles a tamización por el laboratorio con un gran impacto en la detección temprana” (Hernández Serna, 2010, p. 38).

“La sostenibilidad es uno de los mayores desafíos a los que se enfrentan los sistemas de salud, y en este sentido, los laboratorios clínicos con una tasa de crecimiento anual en nuestro país de hasta 6,15 %, asociada al concepto ampliamente extendido del uso excesivo que se hace del laboratorio y a la variabilidad que observamos, nos obliga, como profesionales del mismo, a implementar medidas que conduzcan a optimizar, hacer más adecuadas las solicitudes analíticas, como un hábito más de nuestra actividad. Se estima que los costos de los laboratorios clínicos representan el 3,5 % de los gastos sanitarios totales” (Giménez Marín & García Raja, 2010 – 2011, p. 70).

“Los profesionales del laboratorio clínico sabemos que se hace un uso excesivo por inadecuado o innecesario del laboratorio y esto provoca cuanto menos, molestias para el paciente, daños potenciales por aumento de probabilidad de resultados falsos positivos lo cual promueve realizar otras pruebas diagnósticas innecesarias o tomar decisiones terapéuticas equivocadas (cascadas clínicas) y repeticiones por alteración de esa misma magnitud alterada. Por otra parte, la frecuencia de solicitud de una magnitud es en muchas ocasiones superior a la recomendada, y se incluyen en la petición magnitudes redundantes, es decir que proporcionan la misma información y no aportan nada nuevo para el seguimiento del paciente. etc., todo ello conlleva inevitables aumentos de los costes en salud y perpetuar una visión un tanto mercantilista del laboratorio” (Giménez Marín & García Raja, 2010 – 2011, p. 70).

“A ello contribuimos todos. Por un lado, los clínicos con una cada vez mayor carga asistencial, restricción del tiempo de consulta, aspectos médico legales asociados a la práctica, conciencia de disponer de las pruebas de forma fácil y rápida, el uso de cribados, falta de cultura de gestión, presiones del paciente etc., dan lugar a prácticas rutinarias, muchas veces carentes de razonamiento clínico” (Giménez Marín & García Raja, 2010 – 2011, p. 70 – 71)

“También los profesionales del laboratorio contribuimos limitándonos muchas veces a hacer “lo que nos piden”. La facilidad de ejecución que nos ofrece la automatización y el desarrollo tecnológico, interferir y corregir nos supone una sobrecarga adicional. Además incorporamos magnitudes nuevas sin estar suficientemente evaluada su efectividad, no se consensuan o revisan protocolos ni criterios de indicación clínica, incluso la propia ubicación de los servicios de laboratorio clínico, resulta una barrera para el intercambio de información. Todos estos aspectos contribuyen a resultar ineficaces e ineficientes” (Giménez Marín & García Raja, 2010 – 2011, p. 71).

“La nueva y más compleja forma de atención sanitaria también influye. Se nos exige aplicar una medicina fundamentada en el mejor conocimiento disponible, que sea segura y efectiva, acorde a los principios de la política sanitaria y centrada en el paciente. Todo ello frente a una población con mayor esperanza de vida, mayores necesidades asistenciales, con un mayor grado de desarrollo social y económico que a su vez genera mayores exigencias y con participación activa en la toma de decisiones por el aumento del conocimiento científico y de los medios de acceso al mismo” (Giménez Marín & García Raja, 2010 – 2011, p. 71).

“Para hacer más eficiente el uso del laboratorio, cualquier estrategia pasa por conocer en primer lugar la utilidad de las pruebas analíticas. Idealmente un laboratorio debería realizar las mediciones adecuadas para llegar a un diagnóstico, pronóstico o seguimiento, ni una más ni una menos y en el tiempo que se requiera” (Giménez Marín & García Raja, 2010 – 2011, p. 71 – 72).

“La elección de una prueba analítica debe hacerse en función del fin para el que se va a usar: detectar, confirmar o excluir una patología o enfermedad, el riesgo y efectos indeseables que suponga su realización, el coste oportunidad y el poder resolutivo que aporte la propia prueba; es decir, la sensibilidad y especificidad, y

los valores predictivos positivos y negativos dependientes de la prevalencia de la enfermedad” (Giménez Marín & García Raja, 2010 – 2011, p. 72).

“No cabe duda que el laboratorio clínico ha sido una conquista, supone un extraordinario progreso en la medicina de nuestro siglo y sigue siendo una parte obligada e indisoluble del método clínico. Sin embargo la demanda resulta inapropiada con solicitudes redundantes e innecesarias con consecuencias clínicas, organizativas y económicas” (Giménez Marín & García Raja, 2010 – 2011, p. 76).

“Los estudios de validez y utilidad, analítica y clínica, deben preceder en cualquier estrategia y especialmente al incorporar nuevas pruebas a la cartera de procedimientos. Gestionar la demanda debe concebirse como un conjunto de medidas, extraídas de las diferentes estrategias propuestas, que deben planificarse, organizar, dirigir y controlar para un uso efectivo y eficiente del laboratorio. La labor del facultativo de laboratorio, al igual que cualquier otro clínico, tiene como prioridad la atención del paciente, y como objetivo de su actividad, contribuir a que se tome la mejor de las decisiones posibles en beneficio del paciente, incorporando sus preferencias y dando a la vez el mejor uso posible a los recursos económicos disponibles” (Giménez Marín & García Raja, 2010 – 2011, p. 76).

2.4. MARCO NORMATIVO

Se describe la normatividad sobre la cual se fundamenta el Laboratorio en la Fundación Medico Preventiva

1. Constitución Política De Colombia - Ley 100 de 1993

La constitución política de Colombia establece mediante la Ley 100 de 1993, el sistema de seguridad Social integral que tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de las personas y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afectan

El sistema comprende las obligaciones del estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y de servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

Estos principios son el fundamento para la determinación de la misión del laboratorio; la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la unidad y la participación.

2. “Código Sanitario Nacional Reglamentado Parcialmente por el Decreto Nacional 2257 de 1986 , Reglamentado por el Decreto Nacional 77 de 1997 . VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLÓGICO

Artículo 278: En este título se establecen normas de vigilancia y control epidemiológicos para:

- a) El diagnóstico, el pronóstico, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y demás fenómenos que puedan afectar la salud;
- b) La recolección, procesamiento y divulgación de la información epidemiológica, y
- c) El cumplimiento de las normas y la evaluación de los resultados obtenidos con su aplicación.

De los laboratorios y del sistema de referencia nos hace mención los artículos:

Artículo 484: El sistema de referencia reunirá a todos los laboratorios clínicos o de salud pública, tanto oficiales como privados.

Artículo 485: El Ministerio de Salud deberá organizar, reglamentar y dirigir el sistema nacional de referencia a través del Instituto Nacional de Salud.

Artículo 486: Los laboratorios de sectores diferentes al de salud y sectores que tengan relación con la salud humana deberán estar incorporados al Sistema de Referencia que se establece en esta Ley.

Artículo 487: Los resultados de los servicios de laboratorio clínico y de determinación de calidad de bebidas, alimentos, cosméticos, plaguicidas, aguas, suelos y aire, en cuanto a contaminación, polución o toxicidad, se consideran información epidemiológica y estarán sometidos a las normas de la presente Ley y sus reglamentaciones.

3. Ley 10 de 1990

En esta ley se reorganiza el sistema nacional de salud y se dictan disposiciones en cuanto a la estructura administrativa básica de las entidades de salud. Además se reglamenta el estatuto tarifario en salud.

Artículo 1º: Servicio Público de Salud. La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente Ley. El Estado intervendrá en el servicio público de salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Constitución Política, con el fin de:

- a) Definir la forma de prestación de la asistencia pública en salud, así como las personas que tienen derecho a ella;

- b) Establecer los servicios básicos de salud que el Estado ofrecerá gratuitamente;

- c) Fijar, conforme a lo señalado en la presente Ley, los niveles de atención en salud y los grados de complejidad, para los efectos de las responsabilidades institucionales en materia de prestación de servicios de salud y, en especial, los servicios de urgencia, teniendo en cuenta las necesidades de la población y la cobertura territorial, principalmente;

- d) Organizar y establecer las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud, que aseguren la

vigencia de los principios de participación ciudadana y participación comunitaria y, en especial, lo relativo a la composición de las juntas directivas de que trata el artículo 19 de la presente Ley;

- e)** Determinar los derechos y deberes de los habitantes del territorio, en relación con el servicio público de salud y, en particular, con las entidades y personas que conforman el sistema de salud, conforme a los principios básicos señalados en el artículo 3;

- f)** Adoptar el régimen, conforme al cual se debe llevar un registro especial de las personas que presten servicios de salud y efectuar su control, inspección y vigilancia;

- g)** Expedir el régimen de organización y funciones para la fijación y control de tarifas, el cual, preverá el establecimiento de una Junta de Tarifas;

- h)** Establecer un sistema de fijación de normas de calidad de los servicios de salud y los mecanismos para controlar y vigilar su cumplimiento;

- i)** Regular los procedimientos para autorizar a las entidades privadas la prestación de servicios de salud en los diferentes niveles y grados de complejidad;

- j)** Adoptar el régimen de presupuesto, contabilidad de costos y control de gestión de las entidades oficiales que presten servicios de salud, así

como definir los efectos y consecuencias de tales actividades, conforme a la legislación vigente que le sea aplicable a las entidades;

- k)** Dictar normas sobre la organización y funcionamiento de los servicios de medicina prepagada, cualquiera sea su modalidad, especialmente sobre su régimen tarifario y las normas de calidad de los servicios, así como en relación con el otorgamiento del mismo tipo de servicios por las instituciones de seguridad y previsión social, cuya inspección, vigilancia y control estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud;
- l)** Expedir las normas técnicas para la construcción, remodelación, ampliación y dotación de la infraestructura de salud;
- m)** Organizar y establecer el régimen de referencia y contra-referencia de pacientes, de los niveles de atención inferiores a los superiores y el régimen de apoyo tecnológico y de recursos humanos especializados que los niveles superiores deben prestar a los inferiores.

4. Ley 60 de 1993

En esta ley dictan las competencias de las entidades territoriales y de la nación. Entre otros estatutos se encuentran los siguientes:

- Competencias de los municipios y departamentos en el desarrollo del sector educativo, de vigilancia, social y de salud.

- Competencias de la nación en la administración de los servicios de salud.
- Requisitos para la administración de los recursos del situado fiscal por parte de los departamentos y distritos en el sector salud.

5. Ley 100 de 1993

A través de esta ley se creó el sistema de seguridad social integral buscando proteger los derechos irrenunciables de las personas a una vida acorde con la dignidad humana. Entre otras disposiciones se establecen los siguientes puntos fundamentales:

- Se promulgan los principios fundamentales de la seguridad social: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.
- Se establece el derecho a la seguridad social como un derecho irrenunciable.
- Se normaliza el sistema general de seguridad social en salud en el cual se establecen las reglas del servicio público en salud, a decir: la equidad, la obligatoriedad, la Protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social y concertación o calidad.
- Se dictaminan los integrantes del sistema general de seguridad social en salud.

- Se establecen los entes encargados de vigilancia y control del sistema general de seguridad social en salud.

6. Ley 715 de 2001

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Se conforma el Sistema Nacional de Participaciones, definido como los recursos que la Nación trasfiere a los entes territoriales para la prestación de servicios (educación, salud, etc).

Recursos que forman parte del sistema nacional de participaciones. Competencias de la nación y los entes territoriales en cuanto a salud. Distribución de los recursos para la salud.

7. Decreto 1011 de 2006

En este decreto se determina el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del cual se destaca lo siguiente:

Se realizan las definiciones de:

- **Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud:** es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

- **Calidad de la atención en salud:** la provisión de servicios de manera accesible y equitativa, a través de un profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos.
- Se establecen las condiciones de capacidad tecnológica y científica, estipulados como los requisitos básicos de estructura y procesos que deben tener los prestadores de servicios de salud para disminuir los principales riesgos que amenazan la vida.
- **Elabora las características sobre las cuales se debe desarrollar el SOGCS:** accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.
- Describe el sistema único de habilitación y acreditación.

8. Resolución 2003 del 2014 con los anexos 1

En esta resolución se determinan las condiciones que deben tener los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios. Entre otros condicionamientos se dictan los siguientes:

- **Capacidad tecnológica y científica:** para nuestro propósito es de relevancia los estándares básicos en: recurso humano, infraestructura, dotación y mantenimiento, dispositivos médicos para uso humano y su gestión, seguimiento de riesgos en la prestación de servicios. Se fundamenta en los estándares de fiabilidad, esencialidad y sencillez.

- Suficiencia patrimonial y financiera.
- **Capacidad técnico-administrativa:** Del mismo modo los anexos 1 y 2 estipulan el manual único de estándares y de verificación para el proceso de habilitación, donde se describen los requisitos en cuanto a recurso humano, infraestructura, mantenimiento, medicamentos y dispositivos médicos, procesos prioritarios asistenciales, independencia de los servicios y seguimiento a riesgos de la prestación de servicios. Todo esto enmarca la prioridad de establecer requisitos mínimos de calidad para la prestación de un servicio de salud.

9. Resolución 1445 de 2013

En esta resolución se estipulan las funciones de la entidad acreditadora y los estándares de acreditación. La acreditación es un proceso electivo que permite establecer estándares de excelencia técnico-científica y administrativa. En dicha resolución se demarcan los estándares de acreditación para el laboratorio clínico a través de un manual que incluye algunos de los siguientes principios básicos:

- Realización de un manual de derechos y deberes de los pacientes, así como capacitación del personal asistencial en la explicación de ellos.
- Acceso oportuno a los servicios (indicadores de oportunidad).

- Planeación de la atención y los cuidados de los pacientes, estipulando la privacidad en la atención así como la organización en el flujo de la información.
- Proceso de referencia y contrareferencia en el que se estipula la entrega escrita de resultados, información sobre los datos básicos de los mismo y análisis de errores tendiendo a la prevención de los mismos.
- Proceso de retroalimentación con los pacientes.
- Control de calidad.

10. Disposiciones Finales en Cuanto a la Normatividad Enmarcados en los principios fundamentales estipulados por la Constitución.

“Enmarcados en los principios fundamentales estipulados por la Constitución, el Laboratorio con énfasis preventivo buscará establecer sus bases sobre los criterios de acreditación, determinando estándares de excelencia en la atención de pacientes y realización procesos técnicos y administrativos, con el fin de brindar un servicio de calidad que permita al paciente estar tranquilo a la hora de realizarse un examen” (Hernández Serna, 2010, p. 16).

CAPITULO III

3. MARCO METODOLOGICO

3.1. DATOS DEL ESTUDIO:

Tipo de estudio: Es un estudio descriptivo, retrospectivo transversal. Haciendo uso de técnicas para la recolección de información como el almacenamiento en medio magnético de bases de datos y demás soportes documentales necesarios para el estudio.

Periodo de ejecución: Tres meses. Abarca el lapso entre el 01- 08 - 2015 al 28 – 11 - 2015. Se analizaron datos de los años 2012, 2013 y 2014.

Población: La población objeto del estudio, estuvo constituida por los reportes y estados financieros de la Fundación Médico Preventiva, durante los años 2012 – 2013 - 2014; los cuales ascienden a treinta seis meses (3 años). Estos fueron estudiados en su totalidad y, por lo tanto, no fue necesario el uso de muestras.

Instrumentos: Procesador de datos Excel, Sistema del laboratorio clínico Victrix web y Aplicativo Laboratorio de Dinámica Gerencial.

3.2. Técnicas de investigación utilizadas:

Revisión documental: La misma consistió en la lectura de material bibliográfico como son documentos de la empresa, facturas y otros reportes contables. Sobre la misma, Mercado (1999), señala que comprende, entre otros, los siguientes pasos: “(a) La lectura constante y exhaustiva, (b) La comprobación de la información leída y recopilada en las fuentes.” (p. 77)

Entrevistas no estructuradas: A través de ésta se pudo obtener información adicional que permitió aclarar los resultados que se presentaron en los documentos revisados. En opinión de Tamayo (1996), la entrevista “*es la relación directa establecida entre el investigador y su objeto de estudio, a través de individuos o grupos, con el fin de obtener testimonios orales*”. En vista de que no se utilizarán formatos pre-elaborados de preguntas, se usó de la modalidad no estructurada.

3.3. SITUACION DE LA UNIDAD FUNCIONAL LABORATORIO DE LA FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA

La matriz DOFA se utilizó para conocer la situación del servicio de Laboratorio Clínico ofrecido por la Fundación Médico Preventiva. Para su elaboración se tuvieron en cuenta las características del servicio y los costos de operación del mismo durante los años 2012 – 2013 - 2014 (**Cuadro 1**).

A través de esta matriz se busca que la Fundación Médico Preventiva pueda identificar más fácilmente aspectos favorables y desfavorables del servicio con el fin de convertir estos últimos en potencialidades que luego ayuden no solo a prestar un servicio con los más altos estándares de calidad, sino que también ayuden a que el servicio disminuya sus costos y estudie otras opciones de contratación (tercerización) o de Alianzas estratégicas que contribuyan a tal fin, además de que revise la posibilidad de crear su propio Laboratorio después de una muy buen estudio de Factibilidad.

Cuadro 1. Matriz DOFA

ASPECTOS FAVORABLES	ASPECTOS DESFAVORABLES
FORTALEZAS	DEBILIDADES
1. La contratación con Prolab, permite ofrecer un servicio seguro con alta trayectoria y reconocimiento.	1. Aumento de costos para la Fundación Médico Preventiva.
2. Se brinda la posibilidad de atención continuada, integral y multidisciplinaria.	2. Aumento de la frecuencia de uso de los exámenes de Laboratorio por el médico tratante.
3. Uso de tecnología de punta.	3. Aumento de pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas
4. Se ofrece Acceso fácil, rápido y directo al servicio.	4. Incremento de exámenes de alto nivel de complejidad.
5. Cumplimiento de requisitos establecidos por la normatividad vigente.	5. Ingreso de nuevos afiliados con grupos familiares con comorbilidades complejas.
6. Prestación de un servicio con altos estándares de calidad	
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
1. En Colombia es la Unica IPS del Regimen de excepción y esto permite un mayor posicionamiento de la IPS FMP en el medio.	1. Un amplio mercado de Laboratorio, lo cual representaría mayor competencia en el medio para la institución en caso de querer montar un Laboratorio propio.
2. Debido a la situación que atraviesa el sector salud tener una población cautiva hace a la FMP atractiva para otros Laboratorios para ofrecerle sus Portafolios de Servicios.	2. Entidades de salud del medio que quisieran licitar para el contrato del Magisterio
3. Tener una cantidad de Usuarios fijos le permite a la FMP, incursionar en el medio con un proyecto de Unidad de Negocio llamada "Laboratorio"	
4. En el momento la Fundación Médico Preventiva no tiene competencia en el Mercado, por cuanto es la única que tiene el regimen de excepción de los docentes y Jubilados de Ferrocarril en Medellín	

Fuente: Elaboración propia

3.3. ESTRUCTURA ANALÍTICA DEL ESTUDIO

Tabla 6. Matriz del marco lógico

RESUMEN NARRATIVO OBJETIVO	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>Aumento de Costos en los servicios del laboratorio clínico.</p> <p>Este estudio permitirá tomar decisiones más claras acerca de la posibilidad de disminuir costos para reinvertir en otros servicios, en el laboratorio u otras unidades.</p> <p>Tras hacer un Minucioso análisis de costos de producción y haciendo un paralelo de dos Posibles escenarios de producción, bajo la condición de Outsourcing o tercerización y Alianza estratégica.</p>	<p>Promedio de pruebas realizadas en el periodo comprendido entre Los años 2012, 2013 y 2014 (escenario real).</p> <p>Sumatoria del producto: Costo de cada prueba realizada X la cantidad de Pruebas en el periodo indicado.</p>	<p>Estadísticas de exámenes realizados en el laboratorio clínico durante los años 2012, 2013 y 2014 por actividad, costo de producción de cada actividad, verificables en la base de datos de la entidad.</p> <p>-Victrix web.</p> <p>-Sistema de facturación FMP.</p> <p>Responsable: -Participantes del estudio.</p>	<p>La FMP por medio del análisis de costos de producción y el paralelo de los tres posibles escenarios de producción, podrá realizar una disminución de costos bajo la inferencia de un mejor control de las variables se generara mayor rentabilidad.</p>
<p>Propósito 1</p> <p>Tercerización del servicio de</p>	<p>Comparar sumatoria de costo de producción de todas las</p>	<p>-Registro de exámenes Realizados En el Laboratorio clínico.</p>	<p>Al comparar a los dos posibles oferentes, con el actual proveedor</p>

<p>Laboratorio clínico, con 2 proponentes más</p>	<p>actividades realizadas en el periodo indicado (proveedor actual) (escenario real) con la misma sumatoria en los dos escenarios simulados. Compararlos y definir en cual escenario mejora los costos de producción y en cuál se obtiene la mejor utilidad.</p> <p>Tabla No. 7</p> <p>Escenario simulado 1: Sumatoria del No. de exámenes a realizar del posible oferente 2 (Lab. Echavarria) X el costo de Producción de cada actividad.</p> <p>Escenario simulado 2: Sumatoria del No. de exámenes a realizar por el posible oferente 3 (Lab. Centrolab) X el costo de producción de cada actividad.</p>	<p>-Por medio de los soportes de facturación.</p> <p>- Tabla No 4</p> <p>Responsables: Participantes del estudio</p>	<p>se obtiene:</p> <p>Con respecto al Primer escenario (Proponente Lab. Echavarria), tarifas ofrecidas muy altas, con respecto al proveedor actual (Lab. Prolab), circunstancia que no mejora el costo de producción de las actividades y por ende no se genera ninguna utilidad.</p> <p>En el segundo escenario (Lab. Centrolab), aunque sus tarifas son tan competitivas, como las del proveedor actual, su sistema de Referencia y contrareferencia, no es tan amplio, como el del proveedor actual (Lab. Prolab) por consiguiente, no cumpliría con las</p>
--	---	---	--

			necesidades impuestas por las patologías de los pacientes altamente complejas y exigen de ayudas bastante especializadas. Esto lleva a no mejora del costo, pues se tendrían que negociar por fuera del contrato, incrementando el costo.
<p>Propósito 2:</p> <p>Renegociación de tarifas con el Proveedor por aumento de la demanda de pruebas</p>	<p># de pruebas durante el mes x100</p> <hr/> <p>Promedio histórico de pruebas</p>	<p>-Registro de exámenes realizados en el Laboratorio clínico.</p> <p>-Por medio de los soportes de facturación.</p> <p>-Sistema de información del laboratorio Victrix web</p> <p>Responsable: Coordinadora del laboratorio</p>	<p>Realizando la adecuada verificación del aumento de la frecuencia de uso de las actividades, se podrían obtener los servicios del laboratorio a un precio más competitivo y ventajoso para disminuir el costo e implícitamente conseguir utilidad que llevaría a Reinversión tanto en la unidad productiva del laboratorio clínico como en</p>

			otras áreas.
Propósito 3: Montaje Laboratorio propio	# de pruebas durante el mes x100 <hr/> Promedio histórico de pruebas. # usuarios afiliados	-Estadísticas de exámenes realizados en el laboratorio clínico durante los años 2012, 2013 y 2014 por actividad, costo de producción de cada actividad, verificables en la base de datos de la entidad. -Victrix web. - Costeo prueba - Recurso Humano -Costos fijos. -Costos variables -Inversión infraestructura -Costo material e insumos. - Portafolio de servicios.	Creación de un Laboratorio Clínico propio que satisfaga las necesidades de la población y que se pueda convertir en una Unidad de Negocio altamente competitiva en el mercado.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 7. Tarifa promedio año ofertada por cada licitado proveedor

PROYECCIÓN CANTIDAD EXAMENES AÑO	CENTROLAB	PROLAB	ECHAVARRIA
517.678 EXAMENES	TARIFA PROMEDIO EXAMEN OFERTADA POR ESTE PROVEEDOR	TARIFA PROMEDIO EXAMEN OFERTADA POR ESTE PROVEEDOR	TARIFA PROMEDIO EXAMEN OFERTADA POR ESTE PROVEEDOR
	9.700	7.503	10.504
FORMULA	CANTIDAD EXAMENES PROYECTADOS AÑOS/TARIFA PROMEDIO AÑO OFERTADA PROVEEDOR	CANTIDAD EXAMENES PROYECTADOS AÑOS/TARIFA PROMEDIO AÑO OFERTADA PROVEEDOR	CANTIDAD EXAMENES PROYECTADOS AÑOS/TARIFA PROMEDIO AÑO OFERTADA PROVEEDOR
PROYECCIÓN CANTIDAD EXAMENES AÑO	CENTROLAB	PROLAB	ECHAVARRIA
517.678 EXAMENES	COSTO TOTAL DE EXAMENES POR AÑO SEGÚN PROYECCIÓN	COSTO TOTAL DE EXAMENES POR AÑO SEGÚN PROYECCIÓN	COSTO TOTAL DE EXAMENES POR AÑO SEGÚN PROYECCIÓN
	5.021.476.600	3.884.138.034	5.437.689.712

Fuente: Elaboración propia.

CAPITULO IV

4. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presentan el análisis de los costos de la Unidad Funcional Laboratorio de la Fundación Médico Preventiva, durante el periodo 2012 – 2013 - 2014.

Para la realización de este Trabajo de tipo descriptivo retrospectivo, se llevó a cabo el siguiente proceso:

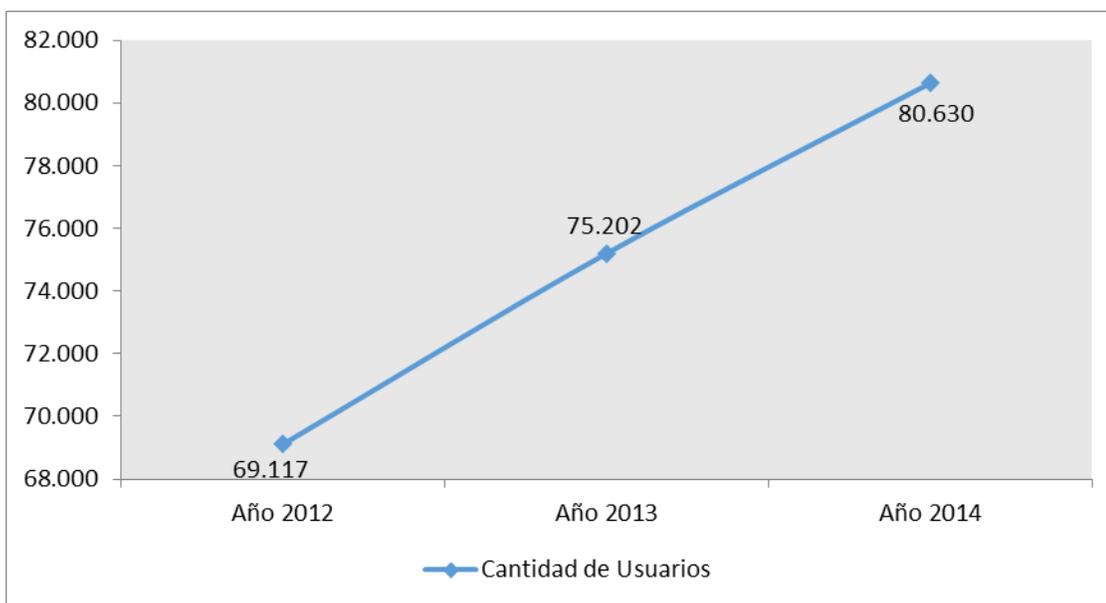
Revisión de las estadísticas de costos de actividades de Laboratorio de los periodos analizados. Por cuanto los mismos constituyen una de las fuentes principales de información que es analizada en este estudio, encontrándose lo siguiente:

Se evidencia cierta variabilidad de un año a otro, observando aumento en el año 2014 de la prestación del servicio de Laboratorio Clínico con respecto a los años 2013 - 2012, es decir, la cantidad de pacientes en la Tomas de Muestras, en el año 2014 representó un incremento del 8 % y 14% respectivamente.

4.1. CANTIDAD DE PACIENTES RECIBIDOS EN LA TOMAS DE MUESTRAS DE LA FUNDACIÓN MÉDICA PREVENTIVA DURANTE LOS AÑOS 2012 – 2013 – 2014

Para el año 2012 la cantidad de pacientes fue de **69.117**, en el 2013 la cantidad aumentó a **75.202** Y para el 2014 el número se calcula en **80.630** pacientes por año, según los datos obtenidos, es significativo el aumento año tras año de los pacientes que son atendidos en las Tomas de muestras (**Gráfica 1**).

Gráfica 1. Cantidad de usuarios. Años 2012 - 2013 - 2014

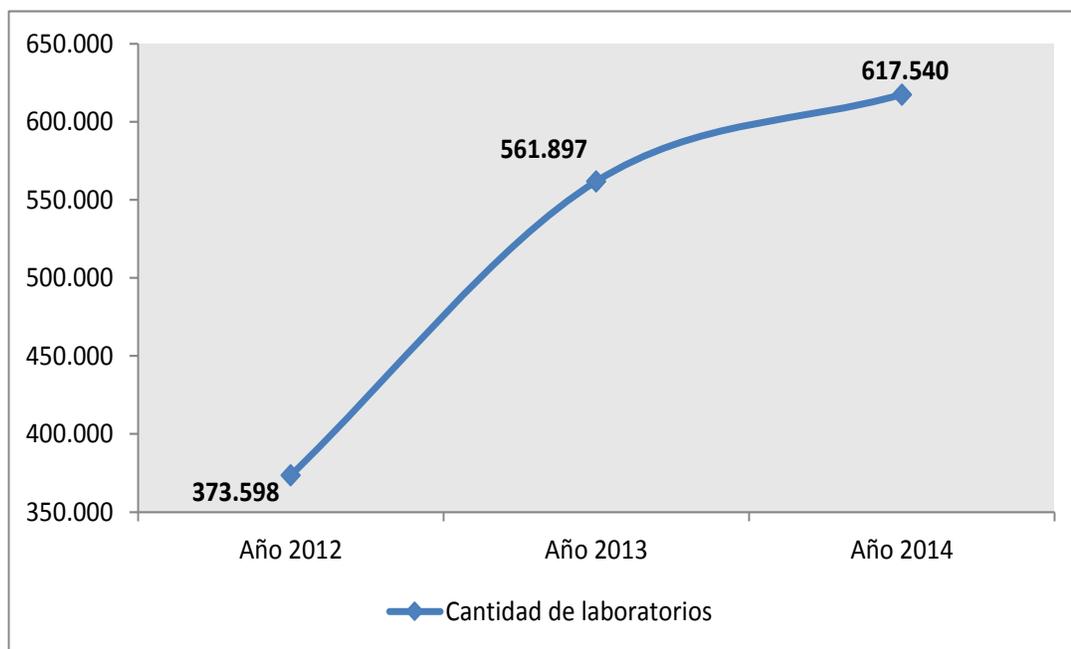


Fuente: Elaboración Propia.

4.2. Cantidad de Exámenes de Laboratorio realizados en los años 2012 – 2013 – 2014

Así mismo, también se evidencia el aumento del número de exámenes de año a año teniendo como resultado un total de exámenes para el año 2012 de **373.598**, para el año 2013 de **561.897** y la cantidad para el año 2014 de **617.540**. **Es decir se aprecia un aumento del número de exámenes en el 2014 del 9% con respecto al 2013 y de un 39% con respecto al 2012 (Gráfica. 2).**

Gráfica 2. Cantidad exámenes de laboratorio años 2012 - 2013 - 2014



Fuente: Elaboración Propia.

4.3. Costos Unidad Funcional Laboratorio Fundación Médico Preventiva

Para el año 2012 el costo de los exámenes fue de \$ **2.803.185.351** (\$ **233.598.779 promedio Mes**), para el año 2013 aumentó el costo a \$ **3.168.982.485** (\$ **264.081.874 promedio mes**) y para el 2014 fue de \$ **3.500.498.220** (\$ **291.708.185 Promedio mes**). Puede evidenciarse que conforme ha aumentado el número de exámenes, también ha aumentado el costo de los mismos. **Un incremento del costo en el 2014 del 9% con respecto al 2013 y de un 20% con respecto al 2012.**

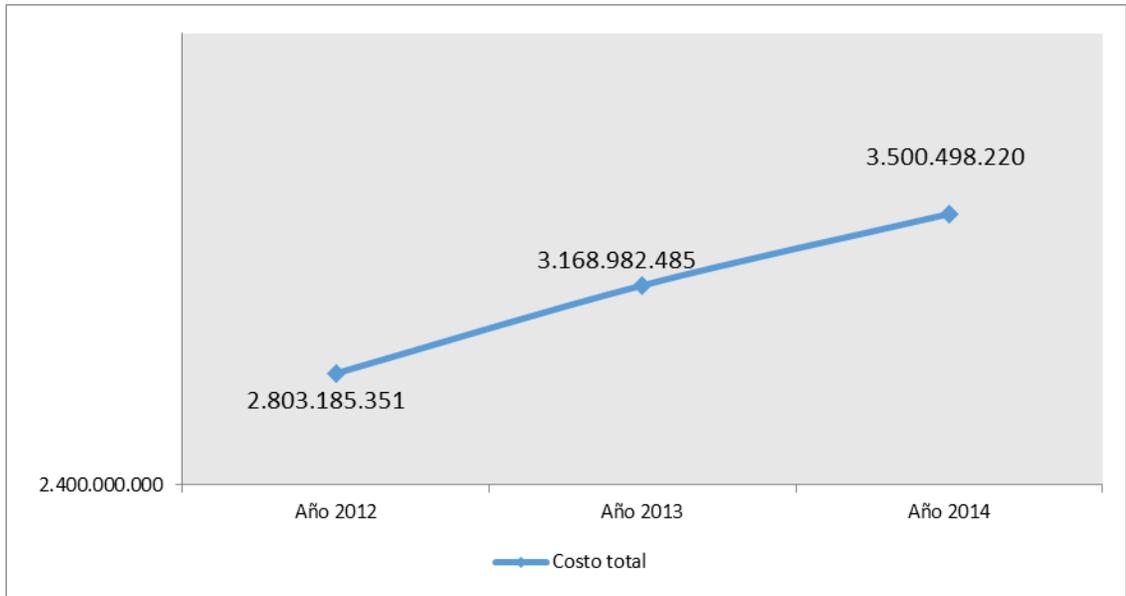
Puede observarse un promedio de **7 exámenes** por paciente durante el periodo de estudio, con un costo promedio por examen de \$ **6.270**, como puede observarse en el **Cuadro 2**.

Cuadro 2. Distribución de Usuarios, Exámenes y Costos en los años 2012 - 2013 - 2014

ÍTEM	AÑO			
	Año 2012	Año 2013	Año 2014	TOTAL
Cantidad de personas	69.117	75.202	80.630	224.949
Cantidad de laboratorios	373.598	561.897	617.540	1.553.035
Costo total	2.803.185.351	3.168.982.485	3.500.498.220	9.472.666.056
Costo promedio cada laboratorio	7.503	5.640	5.668	6.099
Promedio laborat. por persona año	5	7	8	7
Promedio laborat. por mes año	31.133	46.825	51.462	48.532
Costo laborat. Por mes	233.598.779	264.081.874	291.708.185	296.020.814

Fuente: Elaboración Propia.

Gráfica 3. Costo exámenes de Laboratorio. Años 2012 - 2013 -2014



Fuente: Elaboración Propia.

4.4. Distribución por edades de los Exámenes de Laboratorio durante los años 2012 – 2013 – 2014

De los usuarios atendidos durante el año **2012** se observa que a partir de los 19 años es cuando se comienza a evidenciar de manera bastante marcada la frecuencia de uso de los exámenes de laboratorio. El grupo etario desde los 19 hasta los 75 años y más generaron en el año 2012 la siguiente cantidad de exámenes: 342.220 que corresponde al 92% de los exámenes enviados en ese año; los cuales se distribuyeron de la siguiente manera: 20% corresponde a quienes tenían entre 19 – 44 años, el 7.2% a quienes tenían entre 45 – 49 años, el 10% a quienes tenían entre 50 – 54 años, el 11,5% a quienes tenían entre 55 – 59 años, el 14% a quienes tenían entre 60 – 64 años, el 12% a quienes tenían entre 65 – 69 años, el 9% a quienes tenían entre 70 – 74 años y el 8% a quienes tenían entre 75 o más años.

Se destaca entre estos grupos etarios por su mayor participación en la frecuencia de uso de los exámenes de Laboratorio los siguientes grupos de edad en su orden 19 – 44 años con una participación del 20%, de 60 – 64 años con su participación del 14%, de 65 – 69 años con la participación del 12%, y de 55 – 59 con una participación del 11%.

El comportamiento de los años 2013-2014 es muy similar con los mismos grupos etarios como se evidenciara a continuación:

Durante el año **2013** estas son las cifras: a partir de los 19 años hasta los 75 años: cantidad de exámenes a partir de este rango de edad de 520.467 que corresponde al 92% de los exámenes enviados en ese año; los cuales se distribuyeron de la siguiente manera: 19% corresponde a quienes tenían entre 19 – 44 años, el 8% a quienes tenían entre 45 – 49 años, el 9% a quienes tenían entre 50 – 54 años, el 12% a quienes tenían entre 55 – 59 años, el 15% a quienes tenían entre 60 – 64

años, el 13% a quienes tenían entre 65 – 69 años, el 9% a quienes tenían entre 70 – 74 años y el 8.5% a quienes tenían entre 75 o más años.

Se destaca entre estos grupos etarios por su mayor participación en la frecuencia de uso de los exámenes de Laboratorio, los siguientes grupos de edad en su orden 19 – 44 años con una participación del 19%, de 60 – 64 años con su participación del 15%, de 65 – 69 años con la participación del 13% y de 55 – 59 con una participación del 12%.

En el año **2014** estas son las cifras: a partir de los 19 años hasta los 75 años: cantidad de exámenes a partir de este rango de edad de 574.862 que corresponde al 93% de los exámenes enviados en ese año; los cuales se distribuyeron de la siguiente manera: 18% corresponde a quienes tenían entre 19 – 44 años, el 8% a quienes tenían entre 45 – 49 años, el 10% a quienes tenían entre 50 – 54 años, el 12% a quienes tenían entre 55 – 59 años, el 14% a quienes tenían entre 60 – 64 años, el 14% a quienes tenían entre 65 – 69 años, el 10% a quienes tenían entre 70 – 74 años y el 7% a quienes tenían entre 75 o más años.

Se destaca entre estos grupos etarios por su mayor participación en la frecuencia de uso de los exámenes de Laboratorio los siguientes grupos de edad en su orden: 19 – 44 años con una participación del 18%, de 60 – 64 años con su participación del 14%, de 65 – 69 años con la participación del 14% y de 55 – 59 con una participación del 12%.

Cuadro 3. Distribución de edades de los Exámenes de Laboratorio durante los años 2012 - 2013 - 2014

EXAMENES DE LABORATORIO POR GRUPO DE EDAD						
EDADES	AÑO 2012	PORCENTAJE %	AÑO 2013	PORCENTAJE %	AÑO 2014	PORCENTAJE %
0-1	1.229	0,33	1.883	0,34	2.292	0,37
B1-4	7.074	1,89	9.800	1,74	7.617	1,23
C5-14	11.987	3,21	17.105	3,04	19.084	3,09
D15-18	11.088	2,97	12.642	2,25	13.685	2,22
E19-44	74.996	20,07	105.228	18,73	111.661	18,08
F45-49	26.835	7,18	42.495	7,56	49.142	7,96
G50-54	37.580	10,06	52.232	9,30	60.604	9,81
H55-59	42.910	11,49	65.799	11,71	73.282	11,87
I60-64	52.562	14,07	86.238	15,35	89.307	14,46
J65-69	44.695	11,96	72.008	12,82	85.222	13,80
L70-74	31.985	8,56	48.622	8,65	60.875	9,86
M75 Y mas	30.657	8,21	47.845	8,51	44.769	7,25
TOTAL	373.598	100	561.897	100	617.540	100

Fuente: Elaboración Propia.

A pesar de la transición demográfica y epidemiológica que viven algunos países, que ha modificado sustancialmente el perfil de las personas atendidas por los servicios de salud. En donde se pasó de atender un *“paciente caracterizado por padecer una enfermedad aguda, única, de corta evolución y que no producía dependencia, al enfermo típico de nuestros días, habitualmente una persona anciana que padece varias enfermedades crónicas al tiempo, de larga evolución y que acaban generando dependencia funcional o agravando las ya existente”* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005), conformando los grupos conocidos actualmente como “crónicos”, En la Fundación Médico Preventiva además del peso de estos citados grupos, puede evidenciarse una marcada demanda de exámenes de Laboratorio entre el grupo poblacional entre las edades de 19 a 44 años, lo que hace deducir dos posibles conclusiones; la primera, que la Incidencia de pacientes que acuden por enfermedades agudas es todavía muy aguda sobre todo en la población del magisterio cuyo tipo de trabajo los exponen altamente a padecer este tipo de patologías como laringitis, rinolaringitis, y la somatización de

patologías de componente psicológico, debido al estrés generado por sus labores profesionales. Y la segunda conclusión es que cada vez a más corta edad se están presentando las patologías que se consideran crónicas y de larga evolución como las de origen Cardiovascular, con pacientes dislipidemias marcadas, pacientes hipertensos, con insuficiencias renales desde muy temprana edad, pacientes con enfermedades de coagulación no especificadas, y otras cantidad de patologías de seguimiento permanente como Hipotiroideos y la Hiperplasia de próstata.

Otro aspecto a resaltar para que este grupo etario relativamente joven predomine sobre aquellos que se espera aporten más peso en el tema de Laboratorio, es la Incidencia de enfermedades como el VIH que es más frecuente encontrar en personas jóvenes sexualmente activas. Otro punto es la aparición del Cáncer en personas cada vez más jóvenes.

4.5. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO DURANTE LOS AÑOS 2012 – 2013 – 2014

Por otro lado, la revisión de las bases de datos del área de facturación de la Fundación Médico Preventiva, entre los años 2012 – 2013 y 2014 permitió identificar que de los 224.949 usuarios atendidos durante estos tres años, 126.949 fueron Mujeres y 98.923 fueron Hombres, distribuidos de la siguiente manera: año 2012 Total Usuarios 69.117, Mujeres 38.705, Hombres 30.411; Año 2013: Total Usuarios 75.202, Mujeres 41.361, Hombres 33.841; Año 2014 Total Usuarios 80.630, Mujeres 45.959, Hombres 34.671, como lo indica la **Gráfica 4**.

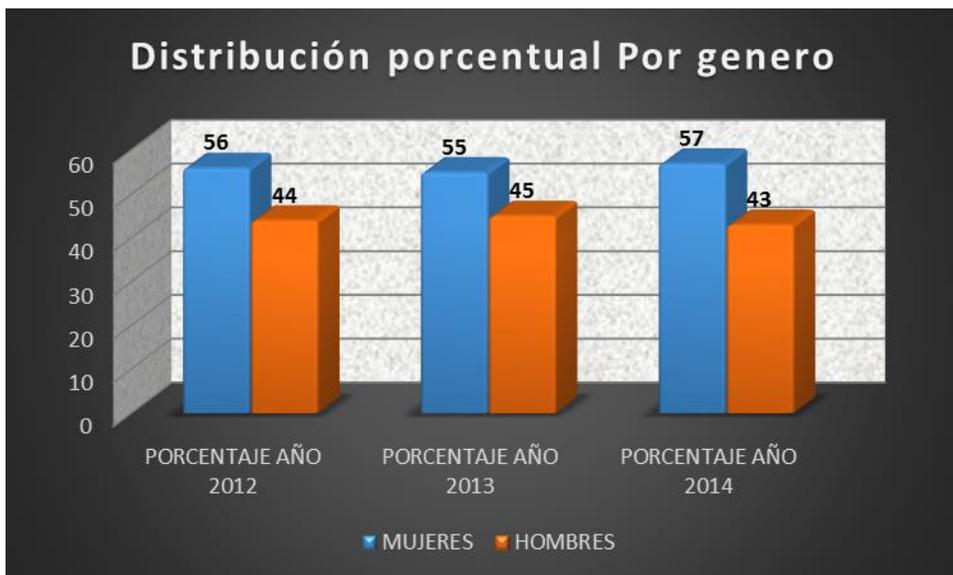
Lo anterior evidencia que hay una diferencia interesante entre la cantidad de Mujeres y Hombres atendidos en las Tomas de Muestras de la Fundación Médico Preventiva. También se puede observar en la **Grafica 5** que desde el punto de vista porcentual el 56% de los usuarios atendidos eran Mujeres y el 44% Hombres en promedio.

Gráfica 4. Distribución por género de los Exámenes de Laboratorio durante los años 2012 – 2013 – 2014



Fuente: Elaboración propia

Gráfica 5. Distribución porcentual por género de los Exámenes de Laboratorio durante los años 2012 - 2013 - 2014



Fuente: Elaboración propia

4.6. TERCERIZACIÓN DEL SERVICIO DE LABORATORIO DE LA FUNDACIÓN MÉDICO PREVENTIVA

Al comparar los dos posibles oferentes, con el actual proveedor, con respecto al **Primer escenario (Proponente Lab. Echavarría)**, las tarifas ofrecidas son muy altas, con respecto al proveedor actual (Lab. Prolab); circunstancia que no mejora el costo de producción de las actividades y por ende no se genera ninguna utilidad.

En el segundo escenario (Lab. Centrolab), aunque sus tarifas son tan competitivas, como las del proveedor actual, su sistema de Referencia y contra-referencia, no es tan amplio, como el del proveedor actual (Lab. Prolab) por consiguiente, no cumpliría con las necesidades impuestas por las patologías de los pacientes altamente complejas y exigen de ayudas bastante especializadas. Esto lleva a la no mejora del costo, pues se tendrían que negociar por fuera del contrato, incrementando el costo.

4.7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cuadro 4. Cronograma de actividades proyecto de grado

		CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROYECTO DE GRADO																											
UNIVERSIDAD		RESPONSABLES												ESPECIALIZACIÓN															
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ		ANA MARÍA ORTÍZ, YERSIN ASPRILLA, VERÓNICA CAICEDO												GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD															
		ENERO 2015				FEBRERO 2015				MARZO 2015				ABRIL 2015				MAYO 2015				JUNIO 2015							
PROCESO - PROCEDIMIENTO		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
REVISIÓN BIBLIOGRAFICA								1																					
PLATAFORMA ESTRATEGICA								1																					
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA								1																					
MARCO CONCEPTUAL Y TEORICO								1	1	1	1																		
JUSTIFICACIÓN												1																	
PRODUCTOS ESPERADOS													1																
OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECIFICOS															1														
MATRIZ DEL MARCO LÓGICO															1														
DISEÑO METODOLOGICO															1														
CONSIDERACIONES ETICAS																1													
ANALISIS DE FACTIBILIDAD																	1												
ANALISIS DE VIABILIDAD																			1										
CONCLUSIONES																				1									
RECOMENDACIONES																					1	1	1						
CORRECCIONES																								1					
INFORME FINAL																												1	

Fuente: Elaboración Propia

4.8. ESTUDIO FINANCIERO DEL TRABAJO

Inversiones:

Cuadro 5. Inversiones (Costo)

COSTO			
DETALLE DE INVERSIÓN	CANTIDAD	VALOR	
EQUIPOS	COMPUTADOR	240.000	
	CELULAR	25.000	
INSUMOS	USB	25.000	
PAPELERIA		200.000	
RECURSO HUMANO		5.151.680	
TOTAL INVERSIONES		5.641.680	

Fuente: Elaboración propia

Costo de mano de obra:

Cuadro 6. Costo mano de obra (Costo mensual Recurso Humano)

COSTO MENSUAL RECURSO HUMANO				
MANO DE OBRA	SALARIO	PRESTACIONES	TOTAL	HORA
BACTERIOLOGA	1.400.000	317.240	1.717.240	7.155

MICROBIÓLOGA	2.500.000	566.500	3.066.500	12.777
ENFERMERA	2.400.000	543.840	2.943.840	12.266
TOTAL	6.300.000	1.427.580	7.727.580	32.198

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 7. Costo recurso humano. Análisis de la información

COSTO RECURSO HUMANO ANÁLISIS INFORMACIÓN				
MANO DE OBRA	TIEMPO INVERTIDO ANÁLISIS	HORAS SEMANALES	TOTAL	COSTO MANO OBRA
BACTERIOLOGA	4 MESES	10	160 HORAS	1.144.800
MICROBIÓLOGA	4 MESES	10	160 HORAS	2.044.320
ENFERMERA	4 MESES	10	160 HORAS	1.962.560
TOTAL				5.151.600

Fuente: Elaboración propia

CAPITULO V

5. ASPECTOS ÉTICOS

Este trabajo se encuentra clasificado como de riesgo mínimo, según el artículo 11 de la Resolución N° 8430 establecida por el Ministerio de Salud el 4 de octubre de 1993, ya que es un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectiva (revisión de bases de datos y soportes documentales) y en el que no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que anticipan en el estudio ²

El estudio se realizó a conciencia, se tuvo en cuenta como idea elemental el respeto y la honestidad; con el fin de recolectar los datos meticulosamente, llevando los registros de la investigación de manera impecable e interpretando los resultados con realismo, sin forzarlos a demostrar hipótesis preconcebidas.

² Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993; por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C: Ministerio de Salud; 1993

CAPITULO VI

6. CONCLUSIONES

- ❖ En el año 2014 se evidencia incremento de los Usuarios que acuden al Servicio de Laboratorio Clínico de la IPS Fundación Médico Preventiva, con respecto a los años 2013 y 2012, con un incremento de la población atendida de 8% y 14% respectivamente.
- ❖ El 18.9% de los usuarios atendidos en la Unidad Funcional de Laboratorio durante los periodos de estudio se ubicaron entre los 19 y 44 años de edad, seguido por los usuarios que tenían entre 60 y 64 años con un 14.6%, continúan los usuarios que tenían entre 65 y 69 años con un porcentaje de 12.8% y por quienes tenían entre 55 y 59 años con un 11.6%, para un total de 57.9% del total de usuarios entre 19 y 44 y entre 55 y 69 años de edad.
- ❖ Por las edades y el tipo de exámenes de Laboratorio revisados se concluye que la Incidencia de pacientes que acuden por enfermedades agudas es todavía muy aguda, sobre todo en la población del magisterio cuyo tipo de trabajo los exponen altamente, a padecer este tipo de patologías como laringitis, rinolaringitis, o somatización de patologías de componente psicológico, debido al estrés generado por sus labores profesionales.
- ❖ Las patologías de origen cardiovascular como las dislipidemias, y la hipertensión, se presentan cada vez en personas más jóvenes, así como aquellas patologías crónicas y de larga evolución, como las insuficiencias renales, coagulopatías, hipotiroidismo y la hiperplasia prostática, como se evidencia en el porcentaje tal alto de los pacientes entre las edades de 19 y 44 años.

- ❖ El 56% de los usuarios atendidos en el servicio de Laboratorio durante el periodo de estudio fueron Mujeres y el 44% fueron Hombres, lo que resalta la marcada prevalencia de las enfermedades crónicas en la población femenina de la IPS Fundación Médico Preventiva.

- ❖ Durante el periodo de estudio 2012 – 2014, se realizaron en promedio 517.678 exámenes por año, observándose un aumento del número de exámenes en el 2014, del 9% con respecto al 2013 y de un 39% con respecto al 2012.

- ❖ Conforme ha aumentado el número de exámenes, también ha aumentado el costo de los mismos, con **un incremento del costo en el 2014 de alrededor del 9% con respecto al 2013 y de un 20% con respecto al 2012.**

- ❖ Se observa un incremento en la frecuencia de envío de exámenes de Laboratorio a los pacientes, por parte de los médicos de familia de la Fundación Médico Preventiva, magnitudes en un alto porcentaje redundante, que proporcionan la misma información y no aportan nada nuevo para el seguimiento y control del paciente.

- ❖ La tercerización del servicio de Laboratorio clínico, aunque se ha convertido en una excelente alternativa para subsanar las necesidades de ayudas diagnosticas a la IPS Fundación Médico Preventiva, el hecho de que se incrementen los pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas, se aumenten los exámenes de alto nivel de complejidad y el Ingreso periódico de nuevos afiliados, hacen que este outsourcing por el momento no sea tan ventajoso para la empresa

6.1. RECOMENDACIONES

- ✓ A partir de los resultados que se deriven de la ejecución de este estudio, las directivas de la institución podrán tener una visión más clara de la situación de la Unidad Funcional de Laboratorio y posibles factores coadyuvantes en el impacto negativo del incremento del costo, para así, de esta forma, establecer estrategias, que permitan controlar o neutralizar la situación actual de este servicio.

- ✓ **Con respecto al personal médico:**
 - Actualización de los Protocolos, guías para la toma de decisiones.
 - Mayor educación técnica.
 - Capacitaciones continuas.

- ✓ **Tercerización o Outsourcing:**
 - La tercerización es una buena estrategia para la satisfacción de la ausencia de Laboratorio Clínico, como del apoyo diagnóstico en las patologías de los pacientes de la Fundación Médico Preventiva, siempre y cuando se impacte factores coadyuvantes como el uso y abuso exagerado de esta ayuda diagnóstica por parte de los médicos de familia.

 - Mayor control por parte del área de Enfermería, encargada de los programas de Promoción y Prevención, en la correcta organización y

administración de los Grupales de Crónicos, para evitar repetición de ordenamientos médicos, y mayor atención en la no inducción de la demanda innecesariamente.

- Fomento de campañas de mercadeo que estimule en el paciente la motivación de llevar estilos de vida saludables.

- Seguimiento de los Pacientes renales u oncológicos para verificar que las instituciones encargadas de sus rehabilitaciones cumplan con los paquetes contratados por la Fundación Médico Preventiva en donde van incluidas las ayudas diagnósticas.

✓ **Creación de una Unidad de Negocio llamada Laboratorio Clínico:**

- El montaje de un Laboratorio Clínico propio que satisfaga las necesidades de la población y que se pueda convertir en una Unidad de Negocio altamente competitiva en el mercado, puede ser una alternativa, teniendo en cuenta, que la Fundación Médico Preventiva (FMP), posee una población cautiva en un volumen muy interesante y que podría convertirse en un Laboratorio de Referencia para toda las filiales del país, sin embargo, es recomendable un estudio de factibilidad adecuado, que permita evaluar no sólo los costos económicos, sino también los de calidad Interna y externa del Laboratorio, seguridad del paciente, cumplimiento de la normatividad vigente, entre otros aspectos que contribuyen a que un proyecto de tal envergadura pueda tener impacto y viabilidad.

- Durante la recolección de datos se encontraron falencias en el sistema de información de la entidad, en cuanto a la codificación de los exámenes de laboratorio clínico y facturación, que dificultó el análisis; por esta razón se recomienda que este sea revisado y ajustado para que garantice confiabilidad y pertinencia en los procesos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaldía de Medellín. (2012). *Plan de salud municipal 2012 - 2015. "Medellín, ciudad saludable"*. Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud de Medellín, Medellín. Obtenido de <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2012/Revista%20Salud/Revista%20volumen%206,%20No%201/Revista%20Salud%20P%C3%BAblica%202011.pdf>
- Antonio. (11 de Junio de 2013). *La externalización (outsourcing)*. Obtenido de Margarila Iberia. Asesores financieros: <http://www.margarilaiberia.es/la-externalizacion-outsourcing/>
- Así Vamos en Salud. (2009). *Tendencias de la salud en Colombia*. Bogotá: Casa Editorial El Tiempo. Obtenido de <http://fsfb.org.co/sites/default/files/tendenciasdelasaludencolombia2009.pdf>
- Bernal, O., & Gutiérrez, C. (2012). *La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones* (Primera ed.). Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Ediciones Uniandes. Obtenido de http://www.boletinesp-univalle.info/files/esss/la_salud_en_colombia_Uniandes.pdf
- Bidaurratzaga, E. (26 de Diciembre de 2012). *Consenso de Washington*. Obtenido de OMAL. Observatorio de Multinacionales en América Latina: <http://omal.info/spip.php?article4820>
- Cámara de Comercio de Barranquilla. (s.f.). *Información sobre el sector salud*. Obtenido de Cámara de Comercio de Barranquilla: http://www.camarabaq.org.co/index.php?option=com_content&view=article&catid=156:salud-competitiva&id=419:informacion-del-cluster&Itemid=268

Capítulo I. Conceptualización de alianzas estratégicas. (s.f.). Obtenido de Tesis:
<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/5737/Capitulo1.pdf>

Capítulo II. Outsourcing. (s.f.). Obtenido de Tesis:
<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/17280/Capitulo2.pdf>

Contreras Caichihua, D., Laberian, C. Z., Ráz Menendes, L., Simbron Tello, A., Via Vergaray, V., Vidal Huanuco, N., & Sandoval Lavado, J. (2011). *Planificación local participativa.* Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Facultad de Enfermería, Tihuantinsuyo Bajo. Obtenido de http://issuu.com/uigvfenfermeria.biblioteca/docs/plp_3_2011_2

Cortés Escobar, L. Á., Urrea Londoño, G. M., & Luna Medina, G. E. (2010). *Plan de mejoramiento administrativo y operativo de la I.P.S. Los Ángeles. Sede Ipiiales.* Tesis para obtener el título de Especialización en Gerencia, Universidad "CEIPA", Facultad de Administración de Empresas, Medellín. Obtenido de http://aplicaciones.ceipa.edu.co/biblioteca/biblio_digital/virtualteca/monografias/plan_mejoramiento_administrativo_y_operativo_de_ips_los_angeles_se_de_ipiales.pdf

Equipo Epidemiológico de la secretaría de Salud de Medellín. (2011). *Análisis de situación de salud Medellín 2010.* Secretaría de Salud Municipio de Medellín, Subsecretaría de Salud Pública, Medellín. Obtenido de <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2012/Revista%20Salud/Revista%20Vol.%205,%20suplemento%20/5%20Suplemento%202.pdf>

Giménez Marín, Á., & García Raja, A. (2010 - 2011). Estrategias para hacer más adecuado el uso del laboratorio clínico. *Educación continuada en el laboratorio clínico*(14), 70 - 77. Obtenido de

file:///C:/Users/Brayann/Desktop/2010-2011-Edu-05-
Tema.Estrategias%20para%20hacer%20m%C3%A1s%20adecuado%20el
%20uso%20del%20laboratorio%20cl%C3%ADnico.pdf

Gómez Gómez, L. d., Visbal, S., & Rico Rodríguez, M. (2014). *Lista de chequeo clima organizacional IPS Fundación Médico Preventiva*. San Antonio: Centro Internacional de Educación Continua. Master en Ciencias Gerenciales. Obtenido de <http://www.slidesearch.org/slide/grupo-fundacion-medico-preventiva>

González, J. C. (05 de Junio de 2003). *El outsourcing en la fuerza armada nacional (FAN); caso componente aviación*. Obtenido de Monografias.com: <http://www.monografias.com/trabajos13/outso/outso.shtml>

Hernández Serna, Y. A. (2010). *Propuesta de diseño de un laboratorio clínico de primer nivel con enfoque preventivo, Medellín 2010*. Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Administración de Servicios de Salud, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez", Medellín. Obtenido de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tMzJJOy8vHEJ:tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/1356/1/Trabajo%2520de%2520Grado%2520Yuly%2520Andrea%2520Hernandez%2520Serna.pdf+%&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co>

Martínez García, M. (16 de Marzo de 2015). *Salud en Colombia*. Obtenido de Prezi: <https://prezi.com/wm3vrfw2k9j3/untitled-prezi/#>

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). *Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria*. Madrid, España: International Marketing & Cominication S.A. Obtenido de https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf

- Ochoa Díaz, H., & Rengifo Muñoz, W. N. (Julio - Septiembre de 2003). Las alianzas estratégicas como alternativa para el funcionamiento de los servicios de salud en las empresas sociales del Estado. *Estudios gerenciales*(88), 13 - 32. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/212/21208801.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (07 de Abril de 1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Preámbulo*. New York, Estados Unidos de Norteamérica: Organización Mundial de la salud. Obtenido de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Enfermedades cardiovasculares*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/topics/cardiovascular_diseases/es/
- Universidad del Rosario. (s.f.). *Plataforma Mutis. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Programa de Medicina*. Obtenido de Universidad del Rosario: <http://mutis.urosario.edu.co/mutis/index.php/curriculum/malla/asignatura/35>
- Wikipedia. La enciclopedia libre. (02 de Marzo de 2006). *Consenso de Washington*. Obtenido de Wikipedia. La enciclopedia libre: https://es.wikipedia.org/wiki/Consenso_de_Washington

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

1. Chapter: I. Demographic determinants of population ageing. [aut. libro] United Nations: Department of Economic and Social Affairs - Population Division. *World Population Ageing 1950-2050*. 2002.
2. **Organizacion Panamericana de la Salud.** *Salud de las Américas 2007*.
3. **Arango, V. E. y Ruiz, I C.** *Diagnóstico de los Adultos Mayores de Colombia*. Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha, 2007. <http://www.saldarriagaconcha.org/NewsDetail/470/1/PublicacionesPropias>.
4. **Organización Mundial de la Salud.** *STOP the global epidemic of chronic disease. a practical guide to successful advocacy*. [Ed.] Leo Vita-Finzi. Switzerland: World Health Organization, 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/nc/advocacy-manual.pdf>.
5. **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.** *La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2005*. Primera Edición. Bogotá: s.n., 2005.
6. **World Health Organization.** Factsheet N°317: Cardiovascular diseases. *Sitio web World Health Organization*. [En línea] Septiembre de 2009. [Citado el: 30 de Junio de 2010.] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>.
7. *National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)*. **National Institute of Health**. 2004. NIH Publication No. 01-3670.

ANEXOS

Anexo 1. Tabla de enfermedades huérfanas. Pacientes de la IPS Fundación Médico Preventiva

Nombre de la enfermedad huérfana	Costo total de la atención al usuario en el año calendario (del Primero de enero al 31 de Diciembre de 2012)	Costo total de la atención al usuario en el año calendario (del Primero de enero al 31 de Diciembre de 2014)	cantidad pacientes
ACONDROPLASIA	13.948	44.479	1
ACROMEGALIA	1.437	1.804.205	2
ALBINISMO CON SORDERA	886.373	4.809.550	1
APLASIA MEDULAR IDIOPATICA	-	27.845	1
ARTRITIS JUVENIL IDIOPATICA DE INICIO SISTEMICO	1.974.723	2.094.756	1
ARTROGRIPOSIS MULTIPLE CONGENITA-CARA DE SILBIDO	214.956	233.311	1
ATERIOPATIA DIABETICA DEL CEREBRO NO RELACIONADA CON NOTCH3	-	-	1
ATROFIA OPTICA	45.628	14.009	1
CIRROSIS BILIAR PRIMARIA	-	95.214	1
CRANEOSINOSTOSIS CALCIFICACIONES INTRACRANEALES	27.647	21.889	1
DEFICIT CONGENITO DE PROTEINA S	-	8.549.796	1
DESORDENES LISOSOMALES NO ESPECIFICADOS	46.455	19.533	1
DISMORFIA DIGITOTALAR	-	860.000	1
DISTONIA NO ESPECIFICADA	1.165.891	1.841.185	4
DISTROFIA MUSCULAR CONGENITA	22.900.038	20.956.641	6
DREPANOCITOSIS	-	30.906.894	1
ENANISMO DIASTROFICO	11.904	5.669	1
ENCEFALOPATIA EPILEPTICA INFANTIL TEMPRANA	-	2.994.077	1
ENCONDROMATOSIS	98.473	23.166	1
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER AUTOSOMICA DOMINANTE DE APARICION TEMP	122.336	125.144	1
ENFERMEDAD DE BEHCET	379.429	225.754	1
ENFERMEDAD DE BUERGER	-	17.021.942	1
ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO	1.089.890	799.756	2
ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND	585.598	1.719.913	2
EPILEPSIA DEMENCIA AMELOGENESIS IMPERFECTA	-	1.901.500	2
ESCLEROSIS MULTIPLE-ICTIOSIS-DEFICIENCIA DEL FACTOR VIII	533.248	221.677	1
ESCLEROSIS TUBEROSA	1.432.831	1.207.836	2
ESFEROCITOSIS HEREDITARIA	5.446.073	2.236.045	3
ESTENOSIS PULMONAR VALVULAR	252.362	82.425	2
FASCITIS EOSINOFILICA	7.474	58.637	1
FIBROMATOSIS GINGIVAL-SORDERA	273.964	9.219.702	2
HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOCTURNA	48.000	1.835.646	1
HEPATITIS CRONICA AUTOINMUNE	202.749	1.170.880	6
HIPERCOLESTEROLEMIA DEBIDO A DEFICIENCIA DE COLESTEROL 7-ALFA-HID	12.569.936	22.048.640	1
HIPERSOMNIA IDIOPATICA	1.405.399	505.392	2
HIPOMIELINIZACION-CATARATA CONGENITA	7.124.630	1.468.268	3
HIPOPARATIROIDISMO FAMILIAR AISLADO	-	7.071.321	1
HIPOPIUITARISMO MICROFTALMIA	-	3.772.315	1
HIPOPLASIA FOVEAL CATARATA PRESENIL	35.387	251.627	2
HISTIOCITOSIS DE CELULAS DE LANGERHANS	-	75.808.102	1
LAMINOPATIA TIPO DECAUDAIN-VIGOUROUX	-	1.395.500	1
LEIOMIOMA ORBITAL	3.217.905	1.054.612	1
LEUCOENCEFALOPATIA CON QUISTES ANTERIORES Y BILATERALES EN EL LC	111.646	358.601	1
LIPODISTROFIA FAMILIAR PARCIAL ASOCIADA CON MUTACIONES EN PPARG	-	24.603.947	2
LIPOFUSCINOSIS NEURONAL CERODE TARDIA INFANTIL	157.132	105.708	1
MALFORMACIONES DEL DESARROLLO-SORDERA-DISTONIA	21.334	7.406	1
MASTOCITOSIS	2.736.287	1.674.622	2
MIASTENIA GRAVE	37.573.790	36.748.124	8
MICROCEFALIA-ANOMALIAS DIGITALES-DEFICIT INTELECTUAL	-	10.595.405	1
MUCOPOLISACARIDOSIS DE TIPO 4	-	3.708.428	1
MUCOPOLISACARIDOSIS NO ESPECIFICADA	67.820	15.407	2
NEUROPATIA HEREDITARIA CON HIPERSENSIBILIDAD A LA PRESION	1.404.868	243.090	1
OSTEOMIELITIS MULTIFOCAL CRONICA RECURRENTE JUVENIL	310.126	1.055.069	1
PARALISIS PERIODICA NO ESPECIFICADA	701.126	1.803.375	1
PARAPLEJIA ESPASTICA FAMILIAR	11.274	5.736	1
PENFIGO VULGAR	520.725	388.355	3
PITYRIASIS RUBRA PILARIS	4.906.433	4.411.057	2
POLINEUROPATIA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA CRONICA	107.672	224.035	1
PURPURA DE HENOC-SCHOENLEIN	3.267.214	4.828.365	3
QUERATITIS ESTROMAL	1.059.703	206.440	1
RETRASO MENTAL LIGADO AL X-COREOATETOSIS-COMPORTAMIENTO ANORM	55.489	346.986	2
SINDROME CREST	8.246.854	5.114.637	7
SINDROME DE EHLERS-DANLOS DE TIPO VASCULAR	53.720	107.891	1
SINDROME DE GUILLAIN-BARRE	375.925	1.209.441	4
SINDROME DE LESCH-NYHAN	3.411.899	6.099.347	1
SINDROME DE ONDINE	1.676.940	3.620.518	3
SINDROMES HIPEREOSINOFILICOS	75.204	85.307	1
SINDROMES MIASTENICOS CONGENITOS	5.466	18.909	1
SIRINGOMIELIA	86.924	147.916	2
SITOSTEROLEMIA	-	165.000	1
URTICARIA FAMILIAR POR FRIO	5.337.681	12.986.773	5
URTICARIA SOLAR	4.806.400	2.461.538	1
VASCULITIS LEUCOCITOCLASTICA HIPOCOMPLEMENTEMICA	2.768.436	25.126.008	3
XERODERMA PIGMENTOSO	23.584	4.226	1
	141.996.356	374.982.520	134

Fuente: Estadísticas Auditoria Alto Costo FMP 2012-2014

Anexo 2. Costo de exámenes de Laboratorio de patologías de alto costo

COBERTURA DE ALTO COSTO	TOTAL PACIENTES	VALOR TOTAL AÑO	% REPRESENTACION COSTO	VALOR PROMEDIO MES
a. Trasplante renal, de corazón, de hígado, de médula ósea y de córnea	8	\$ 262.200.000	15,57	\$ 21.850.000
b. Manejo para enfermedades del corazón.	112	\$ 105.529.322	6,27	\$ 8.794.110
c. Dialisis Peritoneal	25	\$ 103.275.900	6,13	\$ 8.606.325
d. Hemodialisis	68	\$ 265.566.600	15,77	\$ 22.130.550
e. Manejo para enfermedades del sistema nervioso central	10	\$ 258.152.400	15,33	\$ 21.512.700
h. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH.	328	\$ 354.542.987	21,05	\$ 29.545.249
i. Manejo paciente con cáncer.	1052	\$ 335.056.236	19,89	\$ 27.921.353
TOTALES	1603	\$ 1.684.323.445	100,00	\$ 140.360.287

Fuente: Estadísticas Auditoria Alto Costo FMP 2012-2014