



DISEÑO DE CUADRO DE MANDO INTEGRAL Y SU DESPLIEGUE ESTRÉGICO PARA VITALSAUD I.P.S.

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN CONTROL DE GESTIÓN**

**Alumna: Stephanie Silvera González
Profesor Guía: Alicia Nuñez - Antonio Farias**

Santiago, Abril 2018

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, en especial a mis padres por brindarme las bases para el desarrollo de mi potencial humano, su constante apoyo, dedicación y comprensión durante mi desarrollo académico.

A mis amigos y compañeros, por su apoyo incondicional y respetar mis tiempos de estudio.

También agradezco la excelente disposición por parte de los directivos y a todo el equipo de trabajo institucional de Vitalsalud IPS.

Especial agradecimiento a mis profesores guías, Alicia Núñez y Antonio Farías, por su incesante dedicación, enseñanzas y paciencia, que me llevó a desarrollar esta tesis de la mejor manera.

A todas aquellas personas que se interesaron por realizar aportes en mi crecimiento profesional.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	ix
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1. Problema del estudio	3
1.2. Propósito del estudio	5
1.3. Significancia del estudio	6
1.4. Preguntas de la investigación	7
1.5. Metodología	8
1.6. Alcance y limitaciones	10
1.7. Organización del documento	11
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	12
2.1. Sistemas de control de gestión	12
2.2. Modelo de ciclo cerrado	16
2.2.1. Etapa I: Desarrollar la estrategia	16
2.2.1.1. Misión	17
2.2.1.2. Visión	18
2.2.1.3. Valores	19
2.2.1.4. Análisis estratégico	20
2.2.1.4.1. Análisis entorno externo	21
• Análisis Pestel	21
• Cinco fuerzas de Porter	23
2.2.1.4.2. Análisis interno	26
• Análisis de recursos	26
• Cadena de valor	28
2.2.1.4.3. Análisis FODA	29
2.2.1.4.4. Estrategia	32
2.2.1.4.5. Propuesta de valor	35
2.2.2. Etapa II: Planificar la estrategia	36
2.2.2.1. Temas estratégicos	37
2.2.2.2. Mapa estratégico	38

2.2.2.3. Cuadro de mando integral.....	40
2.2.2.4. Stratex	41
2.2.3. Etapa III: Alinear la organización	42
2.2.3.1. Despliegue en cascada	42
2.2.3.2. Esquema de incentivos.....	43
2.2.4. Etapa IV: Planificar operaciones	44
2.2.5. Etapa V: Controlar y aprender.....	45
2.2.6. Etapa VI: Probar y adaptar	46
CAPITULO III: SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN PARA VITAL SALUD I.P.S.....	48
Contexto general.....	48
3.1. Etapa I: Desarrollo de la estrategia	51
3.1.1. Misión.....	51
3.1.2. Visión	54
3.1.3. Valores	56
3.1.2. Análisis estratégico	59
3.1.2.1. Análisis externo	59
3.1.2.1.1. Análisis del macro entorno	60
3.1.2.1.1.1. Análisis Pestel	60
3.1.2.1.1.1. Análisis político	60
3.1.2.1.1.2. Análisis económico.....	65
3.1.2.1.1.3. Análisis social	75
3.1.2.1.1.4. Análisis tecnológico.....	80
3.1.2.1.1.5. Análisis ecológico.....	83
3.1.2.1.1.6. Análisis legal.....	85
3.1.2.1.1.7. Conclusión análisis Pestel.....	86
3.1.2.1.2. Análisis del micro entorno.....	87
3.1.2.1.2.1. Análisis de las cinco fuerzas.....	88
3.1.2.1.2.1.1. Amenaza de entrada de nuevos competidores: Alta.....	89
3.1.2.1.2.1.2. Poder de negociación de los clientes: Alta	93
3.1.2.1.2.1.3. Amenaza de posibles sustitutos: Baja.....	95
3.1.2.1.2.1.4. Poder de negociación de los proveedores: Media-Alta.....	97

3.1.2.1.2.1.5. Rivalidad entre competidores existentes: Alta.....	100
3.1.2.1.2.1.6. Conclusiones análisis Porter	101
3.1.2.2. Análisis interno	103
3.1.2.2.2. Análisis de los recursos.....	104
3.1.2.2.2.1. Recursos tangibles	104
3.1.2.2.2.2. Recursos intangibles	112
3.1.2.2.3. Análisis de capacidades	117
3.1.2.2.3.1. Análisis de la cadena de valor.....	118
3.1.2.2.1.1. Actividades primarias	119
3.1.2.2.4. Conclusiones del análisis de los recursos y capacidades.....	126
3.1.2.3. Análisis FODA.....	128
3.1.2.4. Formulación estratégica.....	137
3.1.2.4.2.1. Propuesta de valor.....	138
3.2 Etapa II: Planificación de la estrategia.....	139
3.2.1 Mapa estratégico	139
3.2.2 Relación causa efecto de objetivos.....	142
3.2.3 Cuadro de mando integral	145
3.2.4 Stratex.....	150
3.3 Etapa III: Alinear la organización	151
• Sección asistencial.....	154
• Sección administrativa y financiera	154
3.3.1. Despliegue en cascada sección asistencial	155
3.3.2. Despliegue en cascada servicio farmacéutico	170
3.3.3. Vinculación al esquema de incentivos.....	178
CAPITULO IV: CONCLUSIONES.....	189
Referencias bibliográficas.....	191

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Sistema de gestión: integrado a la estrategia y las operaciones	8
Ilustración 2: Modelo de las cinco fuerzas de Porter.....	23
Ilustración 3: Determinantes del atractivo de la industria	25
Ilustración 4: Cadena de valor	28
Ilustración 5: Organigrama.....	49
Ilustración 6: Estructura política de la República de Colombia.	61
Ilustración 7: Evolución del giro directo del Régimen Subsidiado (% del PIB, 2011-2015)....	66
Ilustración 8: Gasto total en salud en Colombia (% del PIB).....	68
Ilustración 9: Comportamiento de la inflación y tipo de cambio.	70
Ilustración 10: Evolución de la incidencia de la pobreza monetaria, principales áreas metropolitanas, 2008 – 2013	72
Ilustración 11: Distribución de viviendas por estrato de la ciudad de Barranquilla.....	74
Ilustración 12: Pirámide de población, Colombia, 2015.	76
Ilustración 13: Principales causas de mortalidad en Colombia.	78
Ilustración 14: consolidado de prestadores inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, 2016.	91
Ilustración 15: Total acumulado del número de graduados por especialidad al 2011.....	99
Ilustración 16: consolidado de ingresos netos y variación 2011- 2017	105
Ilustración 17: Ingresos por unidad de negocio 2012-jul 2017.	106
Ilustración 18: Comparativo anual 2012– 2017 de ingresos, costos, rentabilidad y utilidad del Vital Salud IPS	107
Ilustración 19: Mapa de Procesos.....	109
Ilustración 20: Años de antigüedad	113

Ilustración 21: Rotación del recurso humano enero- septiembre 2017	114
Ilustración 22: Evaluación del nivel de satisfacción	117
Ilustración 23: Cadena de valor	118
Ilustración 24: Matriz FODA Cuantitativa.....	131
Ilustración 25: Mapa estratégico	141
Ilustración 26 Organigrama	153
Ilustración 27: Tablero de gestión sección asistencial	160
Ilustración 28: Tablero de gestión servicio farmacéutico.....	172

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Matriz axiológica.....	57
Tabla 2: Indicadores económicos de Colombia.....	67
Tabla 3: Normas que regulan aspectos medio ambientales en salud.....	83
Tabla 4: Estructura competitiva del sector salud.....	102
Tabla 5: Listado de oportunidades y amenazas.....	102
Tabla 6: Listado de fortalezas y debilidades de Vital Salud IPS.....	127
Tabla 7: Listado FODA.....	128
Tabla 8: Relación causa- efecto del CMI.....	142
Tabla 9: Cuadro de mando integral Vital Salud IPS.....	146
Tabla 10: Stratex Vital Salud IPS.....	150
Tabla 11: Tablero de control sección asistencial.....	163
Tabla 12: Tablero de control servicio farmacéutico.....	174
Tabla 13: Esquema de incentivos sección asistencial.....	182
Tabla 14: Esquema de incentivos servicio farmacéutico.....	184

RESUMEN

El presente estudio examina a Vital Salud IPS – empresa prestadora de servicios de baja y mediana complejidad ambulatoria que opera desde 2001 en la ciudad de Barranquilla, Colombia- con un crecimiento sostenido en los últimos cinco años, lo cual, ha sobrepasado su capacidad instalada, tanto en recursos físicos, tecnológicos como en talento humano. Esto se ha traducido en procesos ineficientes y la insatisfacción en los Usuarios, no cumpliéndose con los atributos de calidad establecidos por la institución.

Por ende, el objetivo de esta investigación es diseñar un cuadro de mando integral y su despliegue estratégico, con el propósito de reducir los problemas de desalineación interna que presenta la organización. Para cumplir con estos objetivos, se desarrollaran las tres primeras etapas del modelo de ciclo cerrado propuesto por Kaplan y Norton (2008).

Al diseñar las tres primeras etapas se encontraron oportunidades en el entorno -como el crecimiento de mercado- que inciden positivamente en su gestión. Esto se da a partir de una serie de factores que se vienen presentando en el país, como lo son la cobertura universal en salud, mayor flujo de recursos económicos, y aumento enfermedades crónicas.

Adicionalmente, la institución se encuentra en un sector donde la rivalidad entre los competidores y el poder de negociación de los consumidores es alto, mientras que el poder de negociación de los proveedores es medio-alto y la amenaza de productos sustitutos es baja.

Asimismo, a partir de un análisis interno se pudo determinar una alta rotación en los últimos años, una planta física insuficiente, como también falta de control y seguimiento. Además, de debilidades tipo financiera, como lo es la dependencia de un solo servicio.

De esta forma podemos concluir que el diseño de las tres primeras etapas del modelo de ciclo cerrado de Kaplan y Norton (2008) es efectiva, al proporcionar una herramienta formal de control de gestión que permite alinear la estrategia de Vital Salud IPS con sus operaciones. Asimismo, este modelo identificó las múltiples relaciones que afectan directamente a la institución, facilitando así la toma de decisiones y definiendo los ejes estratégicos que las guiarán para cumplir con las estrategias de la empresa, como lo son el crecimiento de mercado y calidad en servicios de salud. A partir de esto se podrá establecer un rumbo en el mediano y largo plazo con el fin de poder cumplir con su misión, visión y propuesta de valor.

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

En Colombia, la salud es un tema de interés principal, y se constituye como un derecho fundamental que busca el ejercicio pleno de la población (López, 2004). Los servicios de salud en Colombia, se articula por medio del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado en el año 1993 por medio de la ley 100, el cual propone una serie de atributos de calidad, tales como: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y satisfacción al usuario (Pico Ferrerira, 2015).

Este sistema está compuesto por el régimen contributivo (RC), el régimen subsidiado (RS) y el régimen especial (RE). Los trabajadores asalariados, pensionados y trabajadores independientes, tienen la obligatoriedad de afiliarse al RC. En el caso del RC la financiación se hace con aportes del trabajador y una porción del patrono. Por otro lado, los pensionados lo hacen con recursos propios al igual que los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo (Calderón, Botero, Bolaños y Martínez, 2011).

El Estado a través del RS afilia a personas sin capacidad de pago, y se financia por medio de recursos provenientes de varias fuentes; unas de la Nación, otras por rentas cedidas a los departamentos, los municipios y otras rentas parafiscales. Entre ellas: Fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA), subsidios a la demanda de los recursos provenientes del situado fiscal y rentas cedidas, ingresos corrientes de la nación, rendimientos financieros y recursos destinados por las cajas de compensación familiar (Ministerio de salud, 2017).

Por otra parte, las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), el Magisterio y las universidades públicas se encuentran cubiertas por el RE y se financia por medio de los aportes de la nación y por las cotizaciones sobre los ingresos de los

miembros activos retirados y jubilados de las fuerzas armadas (R. Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio, y Vásquez, 2011).

La afiliación al SGSSS es obligatoria para todas las personas en el territorio nacional, el ente rector que es el Ministerio de salud y protección social (MSPS) dirige las acciones que garanticen la consecución de los objetivos estratégicos en salud de la población. La afiliación de las personas se realiza a través de las entidades promotoras de salud (EPS) públicas o privadas, quienes se encargan de asegurar la cobertura de salud de las personas pertenecientes tanto al régimen contributivo como subsidiado. Los proveedores de atención de salud son las instituciones prestadoras de salud (IPS), que pueden estar o no integradas a las EPS, pero son contratadas por éstas (Calderón, Botero, Bolaños y Martínez, 2011).

Entre los proveedores de salud se encuentra Vital Salud IPS, empresa privada, fundada en el año 2001. Vital Salud IPS nace en respuesta a las necesidades de atención en salud de la población pobre y vulnerable del sector sur occidental de la ciudad de Barranquilla, que contaban con insuficientes centros especializados para la atención integral, es decir, con un enfoque biopsicosocial, que brinden una provisión continua y con calidad en salud de las enfermedades crónicas, en especial VIH/SIDA y cardiovasculares.

Vital Salud IPS actualmente dentro de su portafolio de servicios de salud cuenta con los siguientes: Consulta externa en medicina general, ginecología, reumatología, infectología, pediatría, dermatología, medicina interna, neumología. Además de servicios en nutrición, psicología, odontología, enfermería, aplicación de medicamentos, trabajo social, laboratorio clínico, fisioterapia, rehabilitación cardiopulmonar y traslado asistencial de pacientes (“Vital Salud IPS S.A”, 2017).

Para funcionar, Vital Salud IPS necesita de tres tipos de recursos; físicos, tecnológicos y humanos. A continuación, se detallan los recursos requeridos por la institución: recursos físicos (edificación, muebles, maquinarias, equipos de cómputo, consultorios, ambulancias entre otros), recursos tecnológicos (software, equipos biotecnológicos), recursos humanos (personal de salud y administrativo). Estos últimos se describen como:

- Personal de Salud: La institución requiere de un personal con altos niveles de humanización (empatía con el paciente) y además de alto grado de competencia en cada una de las profesiones.
- Personal Administrativo: La institución además requiere de un personal administrativo proactivo y altamente calificado. Esto se refiere específicamente a gerentes, contadores, ingenieros, auxiliares administrativos, entre otros.

1.1. Problema del estudio

La institución Vital Salud IPS ha presentado un crecimiento sostenido durante sus quince años de vida. En el primer quinquenio, paso de tener 3.000 a 12.000 usuarios, prestando servicios básicos en salud, como consulta externa en medicina, odontología y enfermería. Para el segundo quinquenio inicio el programa de atención integral a personas vivientes con VIH/SIDA, alcanzando a tener 400 pacientes y para el tercer quinquenio se incrementó el número de usuarios hasta alcanzar 18.000 usuarios para la atención primaria integral en salud (APIS) y como centro especializado en programas de atención integral para enfermedades crónicas como la Artritis reumatoide (300 usuarios), neumología (500 usuarios) y VIH/SIDA (800 usuarios). Este crecimiento significo un aumento en los ingresos pasando en el año 2001 de US 200.000 a US 2.500.000 en el 2015.

Este crecimiento se debe a la calidad de la atención de los servicios entregados y los resultados clínicos en términos de disminución de la morbimortalidad a miles de personas atendidas, estos hechos la han convertido en referente para la ciudad. Lo cual se ha logrado gracias al modelo de atención integral de esta IPS, enfocado en una visión multidimensional y biopsicosocial de las personas, a través de acciones dirigidas al individuo, su familia y comunidad, aspecto que la ha hecho destacar por sobre otras entidades similares.

Sin embargo, este crecimiento ha desbordado la capacidad instalada de las diferentes unidades de servicio de la IPS, tanto en recursos físicos, tecnológicos como en talento humano, lo que ha representado mayor complejidad en la comunicación entre el personal administrativo y de salud, con respecto de la atención que se debe entregar al usuario, lo que se ha traducido en ineficiencias en los procesos de la institución y problemas en el clima organizacional.

A partir de esto, se ha visto afectada la satisfacción de los colaboradores de la institución y los usuarios, provocando inestabilidad en el cumplimiento de los procesos y por ende una baja en la calidad de los servicios entregados. Un ejemplo de esto es cuando no se cumple con la atención al usuario, por dificultades internas, como la falta de coordinación y comunicación entre la dirección y el área de atención al usuario, o retraso de los especialistas por complicaciones no contempladas.

En definitiva, no se está cumpliendo con los atributos del sistema de garantía de la calidad en salud que son establecidos por la normatividad vigente, tales atributos son: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y satisfacción. Además, la falta de coordinación y comunicación entre la dirección y las diferentes áreas institucionales, esta relacionado con la falta de congruencia de objetivos, es decir, que los objetivos individuales de los miembros de la empresa

no coinciden con los de la propia organización, lo que indica el incumplimiento de las estrategias diseñadas.

Lo que ha provocado el aumento de quejas y reclamos ante la EPS y la solicitud de traslado de los usuarios a otras IPS. Este nuevo escenario de mayor demanda proporcionaría una nueva forma de gestionar y controlar los procesos de la institución.

1.2. Propósito del estudio

Las ineficiencias en los procesos de la institución y el incumplimiento de los atributos del sistema de garantía de la calidad, son una limitante para que la organización siga compitiendo en el mercado. Por lo tanto, se espera que el diseño de un cuadro de mando integral y su despliegue estratégico para Vital Salud IPS utilizando como base las tres primeras etapas del modelo de ciclo cerrado, logre disminuir la ineficiencia y el cumplimiento de los atributos establecidos por el sistema de gestión de calidad.

Por medio de las tres primeras etapas (desarrollo de la estrategia, planificación de la estrategia y alinear la organización) del sistema de ciclo cerrado, se podrá identificar oportunidades de mejora, que sean implementadas con agilidad y contribuyan al proceso de aprendizaje y crecimiento de los directivos y miembros de Vital Salud IPS.

Las oportunidades de mejoras que se identifiquen serán fundamentales para solucionar problemáticas pertinentes a la planificación de operaciones de la institución y la alineación de las unidades de negocio, soporte y empleados.

Proporcionar una herramienta formal de control de gestión que permita alinear la estrategia de Vital Salud IPS con sus operaciones, es otro aspecto positivo que puede obtener Vital Salud IPS del diseño de un sistema de control de gestión. Para ello es necesario integrar la estrategia de la

institución con los planes operativos de esta, de tal manera que se cumpla con los atributos establecidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud y los ofrecidos por la institución. De este modo, se pretende privilegiar una atención centrada en el paciente y disminuir el número de quejas y reclamos.

1.3. Significancia del estudio

El Ministerio de Salud y Protección Social tiene cinco objetivos estratégicos: aumentar el acceso efectivo a los servicios y mejorar la calidad de la atención, mejorar las condiciones de salud de la población y disminuir brechas de resultados en salud, recuperar la confianza y legitimidad en el sistema, asegurar la sostenibilidad financiera del sistema en condiciones de eficiencia y buen gobierno (“Plan estratégico sectorial 2014-2018”, 2017).

De acuerdo a datos presentados por el MSPS, en el país para los años 2015 a 2016 la población cubierta pasó de 46.04 millones a 47.03 millones y la cobertura del 96,6% al 97,6% (Miller y Benítez, 2016).

Este aumento de cobertura en salud ha propiciado el crecimiento en el número de afiliados a las EPS. Por tanto, el aumento de los usuarios de Vital Salud IPS, esto ha conllevado a mayores exigencias en términos de calidad a las instituciones prestadoras de salud, como el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y disminuir brechas de resultados en salud cumplimiento, entre otros.

Este estudio contribuirá a la organización Vital Salud IPS a ser más competitiva en el mercado de la salud, alineándose a las exigencias del Ministerio de Salud, necesidades actuales de las aseguradoras (EPS) y mejorar las condiciones de salud de la población (usuario), disminuyendo

brechas de resultados en salud. Se espera además que este estudio contribuya al cumplimiento de los atributos establecidos por la institución y la disminución de quejas y reclamos.

Otros aportes de este trabajo, será la reformulación sí es necesario de sus declaraciones estratégicas, que comprende las declaraciones de misión, visión y valores, necesarios para la planificación estratégica. Los objetivos estratégicos, indicadores, metas, iniciativas estratégicas, que serán plasmados en el mapa corporativo de la institución, este permitir comunicar los objetivos e indicadores a los empleados, alentándolos a definir objetivos individuales que se relacionan con la estrategia corporativa.

La organización al diseñar las tres primeras etapas del modelo de ciclo cerrado, en el que define objetivos estratégicos de fácil comprensión, asigna recursos coherentes con los objetivos definidos, establece iniciativas de acción operacional valorando el impacto operacional y estratégico de esas decisiones, alinea al personal para el cumplimiento de los objetivos, todo lo anterior para poder equilibrar la gestión de la estrategia de Vital Salud IPS.

1.4. Preguntas de la investigación

Teniendo en cuenta el contexto de la organización, la problemática y significancia del estudio, se plantean dos preguntas de investigación:

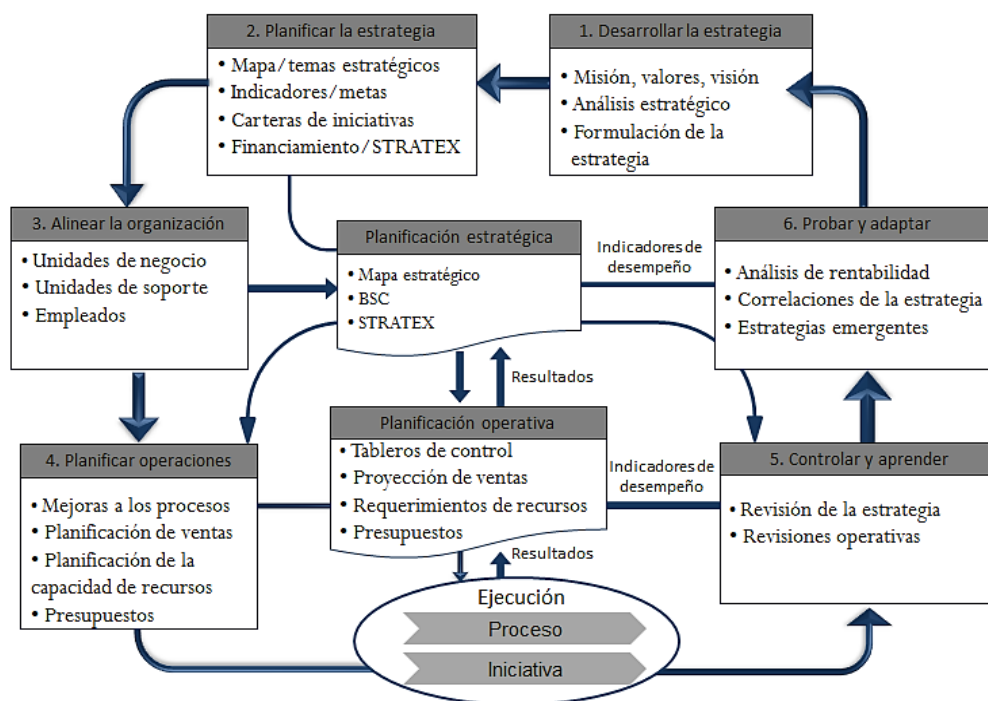
1. ¿El sistema de control de gestión proporcionará una herramienta formal de control a Vital Salud IPS que le permita alinear la estrategia con sus operaciones?
2. ¿El diseño de las tres primeras etapas del modelo de ciclo cerrado, permitirá identificar oportunidades de mejoras para solucionar problemáticas pertinentes a la planificación de operaciones de la institución y la alineación de las unidades de negocio?

1.5. Metodología

La metodología del presente estudio es el diseño de un modelo de ciclo cerrado para Vital Salud IPS. El modelo de ciclo cerrado es el sistema de control de gestión propuesto por Kaplan y Norton en su libro “Execution Premium” del año 2008, en el cual se integran el sistema de control de gestión, la planificación de la estrategia y la ejecución operacional.

Este sistema tiene seis etapas, como muestra la ilustración 1.

Ilustración 1: Sistema de gestión: integrado a la estrategia y las operaciones



Fuente: Kaplan y Norton (2008)

El diseño del sistema de control de gestión de ciclo cerrado comienza con el desarrollo de la estrategia (‘etapa 1’). Esta etapa se inicia con la revisión de la misión, visión y valores de Vital Salud IPS, seguido de un análisis estratégico que comprende el análisis del macro y micro entorno, y el análisis interno que permitirá consolidar las oportunidades, fortalezas, amenazas y debilidades

mediante la matriz FODA. Después de formulada la estrategia, se pasa a la planificación ('etapa 2') donde se diseña un mapa estratégico que identifique los objetivos de Vital Salud IPS, un cuadro de mando integral que indica cómo van a ser medidos dichos objetivos y un presupuesto asignado para cada uno de ellos. Para implementar la estrategia planificada, se necesita alinear la organización ('etapa 3') y para ello se diseñan tableros de control para cada una de las unidades de Vital Salud IPS y esquemas de incentivos que apoyan dicho alineamiento entre las unidades y los intereses de los trabajadores en la organización. La implementación de la estrategia requiere además la planificación de operaciones ('etapa 4') para mejorar los procesos claves de la institución. Esta etapa incluye la planificación de ventas, la planificación de capacidad de recursos y el cálculo dinámico del presupuesto.

Después de implementada la estrategia es necesario contar con mecanismos de control y aprendizaje ('etapa 5') que contribuyan a identificar problemas, barreras y desafíos, que faciliten la integración entre las operaciones y la estrategia; y que permitan aumentar el conocimiento del sector en el que opera la institución, sobre las fallas que tiene el sistema de control y lo que esperan los *stakeholders* de la organización. Finalmente, se puede probar y adaptar la estrategia ('etapa 6') utilizando datos operacionales internos y externos en caso de que no haya alcanzado los resultados esperados, se dará comienzo a un nuevo ciclo del sistema.

Cada una de las etapas mencionadas anteriormente son fundamentales para integrar la planificación de la estrategia y la planificación de operacional.

Sin embargo, se puede destacar que las primeras tres etapas del ciclo establecen una base para el desarrollo de la estrategia, ya que clarifican el rumbo estratégico de la organización a través de las definiciones de las declaraciones estratégicas ('etapa 1'). Para luego, traducir los objetivos

estratégicos en el mapa estratégico, los cuales serán medidos a través del cuadro de mando integral ('etapa 2') y finalmente se realizará el despliegue en cascada para poder alinear a la organización ('etapa 3').

Por otro lado, para poder desarrollar las siguientes etapas de ciclo cerrado, es necesario que se socialice, difunda e interiorice las declaraciones estratégicas y los objetivos estratégicos, para poder desarrollar las siguientes tres etapas del modelo propuesto por Kaplan y Norton (2008). Es por esto, que para efectos del desarrollo del presente estudio solo se diseñaron las tres primeras etapas del ciclo cerrado. Sin embargo se espera que la organización al culminar el proceso de socialización y difusión continúe con la implementación de las siguientes etapas.

1.6. Alcance y limitaciones

El alcance del presente trabajo considera el desarrollo de la estrategia ('etapa 1'), visualización de la estrategia por medio del mapa estratégico y cuadro de mando integral ('etapa 2'), y la alineación de la organización ('etapa 3') mediante el despliegue en cascada para Vital Salud IPS durante el año 2017. Por lo tanto, este documento proporciona herramientas de gestión para la ejecución de la estrategia.

Dentro de las limitaciones para desarrollar este trabajo se encuentran la interacción con los diferentes equipos de trabajo de Vital Salud IPS, debido a que esta tesis se desarrolla en Chile y la empresa se encuentra en Colombia, siendo un desafío compatibilizar los horarios de trabajo del recurso humano, ya que la información en ocasiones no pudo ser obtenida de una forma oportuna y atraso el desarrollo de las etapas del ciclo que requerían la opinión y explicación de las funciones del área en que laboran de la organización, sus motivaciones, expectativas con la organización, entre otros datos de relevancia.

1.7. Organización del documento

Esta tesis se encuentra organizada en capítulos. El Capítulo 1 corresponde a la introducción que proporciona el contexto en el que se enmarca la empresa, propósito del estudio, significancia del estudio, preguntas de la investigación, metodología y alcance y limitaciones. Seguido del Capítulo 2 el cual presenta el marco conceptual del estudio, permite comprender conceptos acerca de los sistemas de control de gestión, estrategia, declaraciones estratégicas, análisis interno, análisis FODA, mapa estratégico, cuadro de mando integral, despliegue en cascada e incentivos. A lo largo del Capítulo 3 se desarrollan las tres primeras etapas del modelo de ciclo cerrado propuesto por (Kaplan y Norton, 2008) y por último, el Capítulo 4 corresponde a las conclusiones del estudio.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

En el desarrollo de este capítulo se presenta la teoría de un sistema de control de gestión, a partir del modelo de ciclo cerrado establecido por (Kaplan y Norton, 2008). Por esta razón, es de gran importancia comprender cada etapa de dicho sistema y como éste logra articular la estrategia y los procesos de la organización. Sin embargo, antes de detallar cada etapa del modelo de ciclo cerrado es pertinente describir los aspectos generales de los sistemas de control de gestión.

2.1. Sistemas de control de gestión

Desde los inicios de la administración moderna, se reconocen cinco funciones claves de la administración, que son la planificación, organización, dirección, coordinación y control. Este último, según Fayol (1973), consiste en “la verificación para comprobar si todas las cosas ocurren de conformidad con el plan adoptado, las instrucciones transmitidas y los principios establecidos. Su objetivo es localizar los puntos débiles y los errores para rectificarlos y evitar su repetición”.

El control es importante porque es el enlace final en la cadena funcional de la administración. A través de él, los gerentes pueden saber si las metas organizacionales se están cumpliendo o no, y por qué. Hay varios significados para la función de control en la administración, donde los tres principales son: control como función coercitiva y restrictiva para evitar desviaciones no deseadas, control como mecanismo de regulación para mantener el flujo automático de un sistema, y control como función del proceso administrativo para fines de planificación, organización y dirección (Chiavenato, 1999).

Cualquiera sea el significado de la función de control, éste se aplica a la gestión mediante el establecimiento de normas, la medición de desempeño y la adopción de medidas correctivas.

Asimismo, los sistemas de control de gestión ayudan a los directivos a implementar la estrategia organizacional, para ayudar a la empresa cumplir sus objetivos estratégicos.

En ese sentido, para asegurar el cumplimiento de los objetivos estratégicos, el control de gestión debe ir más allá que sólo la información contable financiera, sino que también incluir todo tipo de información que permita anticipar las condiciones futuras (Anthony, 1965). En esta línea, (Otley, 1980) destaca que cualquier sistema de control requiere de objetivos estratégicos y metas, con el fin de evaluar la consecución de la estrategia y no sólo el rendimiento económico de la organización. En la misma línea, Johnson y Kaplan (1987) agregan que el modelo de control de gestión basado sólo en aspectos financieros no es suficiente, ya que los sistemas de contabilidad administrativa no proporcionan información oportuna y detallada sobre la eficiencia de los procesos o se centran demasiado en el consumo de insumos.

Por lo tanto, un sistema de control de gestión no puede ser visto como una simple función operativa, sino como un sistema que tiene estrecha relación con el desarrollo de las estrategias que se formulan al interior de las organizaciones. Esto implica no sólo reconocer la importancia de la formulación de la estrategia, sino también la ejecución de dicha estrategia (Simons, 1990).

Para garantizar el proceso de control de gestión, Simons (1995) propuso cuatro sistemas, denominados palancas de control, que son: 1) sistemas de creencias para inspirar y dirigir la búsqueda de nuevas oportunidades; 2) sistemas de límites para establecer restricciones en el comportamiento; 3) sistemas de control diagnóstico para motivar, monitorear y recompensar el cumplimiento de los objetivos; y 4) sistemas de control interactivo para estimular el aprendizaje organizacional y el surgimiento de nuevas ideas y estrategias.

A partir del análisis de estas cuatro palancas, se empieza a relacionar el control de gestión con el desempeño de los empleados al interior de una organización Langfield-Smith (1997) indica que el control de gestión es el proceso a través del cual los administradores influyen en las personas para implementar las estrategias. Siguiendo esta línea, Otley (1999) introduce nuevos elementos que relacionan el comportamiento con los sistemas de control de gestión, ya que estos últimos son capaces de proporcionar información útil para medir el desempeño de los puestos de trabajo y para ayudar a las organizaciones en el desarrollo y mantenimiento de patrones de conducta viables entre los que realizan las acciones o labores.

Rosanas (2006), por su parte, afirma que hay dos niveles completamente diferentes de control de la organización que a menudo se confunden. El primer nivel tiene un componente jurídico, es decir, se identifica a las personas que son responsables de la empresa ante tribunales si se presenta alguna acción indebida; mientras que el segundo es el que se conoce como el sistema de control de gestión. Este último incluye todas las herramientas, procedimientos y métodos utilizados para determinar el nivel de gestión de la organización, evaluando el desempeño de las personas, y distribuyendo recompensas y castigos en consecuencia a dicho desempeño.

Tal como podemos apreciar, la definición de control de gestión ha ido evolucionando. Merchant y Van der Stede (2007) se refieren a ellos como la forma en que los gerentes aseguran que las organizaciones cumplan con las estrategias diseñadas y alcancen el éxito, para lo cual es necesario realizar tres tipos de control: de resultado, de acción o gestión, y personales. El control según el resultado asegura que los empleados realicen (o no realicen) determinadas acciones que contribuyan al buen desempeño para la organización; el control por acción restringe el comportamiento de los colaboradores por medio de, entre otras medidas, revisiones previas a la acción y rendición de cuentas; y el control personal, que busca aumentar la probabilidad de que los

empleados realicen las actividades deseadas de manera satisfactoria por su propia cuenta, donde también se toman en cuenta factores como la experiencia, la honestidad y el trabajo duro.

Adicionalmente, Anthony y Govindarajan (2008) introducen nuevos elementos al control de gestión que incluyen: planificación de lo que la organización debería hacer, coordinación de las actividades de las distintas partes de la organización, comunicación y evaluación de la información, decisión de las acciones a tomar y, por último, el objetivo de influencia las personas para que cambien su comportamiento. Los autores concluyen que el problema central del control es alcanzar la congruencia de objetivos, esto es, que coincidan los objetivos individuales de los miembros de la empresa con los de la propia organización.

En este sentido, Kaplan y Norton (2008) indican que la razón por la que muchas compañías suelen fracasar es porque carecen de un sistema de control de gestión capaz de integrar la estrategia y los procesos operacionales.

Nilsson, Olve, y Parment (2011) agregan que el control de gestión contribuye a las discusiones sobre las metas y la dirección estratégica y cómo éstas pueden ser implementadas. El proceso de discusión no sólo proporciona retroalimentación de la gestión de los resultados financieros de la organización, sino que también desarrolla motivación, herramientas y sistemas que ayudan a los gerentes y empleados a tomar decisiones que benefician a la estrategia y resultados financieros de la empresa.

De acuerdo con lo expuesto previamente, es importante diseñar un sistema de control de gestión que permita articular la estrategia y los procesos de la organización. Un sistema que cumpla con la integración deseada, es el modelo propuesto por Kaplan y Norton (2008) que se discutirá a continuación en detalle.

2.2. Modelo de ciclo cerrado

El sistema integral de gestión propuesto por Kaplan y Norton (2008) consta de seis etapas donde se desarrolla una arquitectura que relaciona la formulación y la planificación de la estrategia con la ejecución operacional. El objetivo de este sistema es que los planes estratégicos y operacionales estén estrechamente relacionados para lograr una mejor ejecución. Entre la estrategia formulada - que enfoca y guía a la organización al cumplimiento de las metas y objetivos- y las operaciones debe existir un engranaje que sirva para la ejecución de la estrategia de la organización.

En las primeras cuatro etapas del ciclo, se desarrolla y planifica la estrategia, donde se alinean las unidades de negocio, de soporte y los empleados, y se planifican las operaciones para la ejecución de dicha estrategia. En las últimas dos etapas, los ejecutivos controlan, prueban y verifican si la estrategia se adaptó a la organización, por medio de reuniones en las que se revisa si la estrategia es la correcta o si es necesario replantearla. A continuación, se describen cada una de las etapas.

2.2.1. Etapa I: Desarrollar la estrategia

Para el desarrollo de la estrategia deben clarificarse las declaraciones de misión, visión y valores de la organización, analizar información externa e interna, y resumir los problemas estratégicos que se presentan a través de un análisis FODA. Tras eso, se puede dar paso a la formulación de la estrategia de la organización.

Las declaraciones estratégicas abarcan el desarrollo de la misión, visión y valores de la organización. En cuanto a la misión, se trata del propósito de la compañía, es decir, la brújula interna que guiará sus acciones (valores) y sus aspiraciones de resultados futuros (visión) (Kaplan y Norton, 2008). El desarrollo de estas declaraciones es fundamental para el proceso de

planificación, ya que si no se tiene claro qué hace la organización, cuáles son sus propósitos y por medio de qué acciones se regirá, no se podrá desarrollar la estrategia que llevará al cumplimiento de la propuesta de valor.

2.2.1.1.Misión

A partir de la década del 70, comenzó a plantearse el pensamiento organizacional sobre la declaración de la misión. Según Drucker (1974), la misión “se centra en la necesidad del negocio para definir su propósito”, identificando "cuál es el negocio y qué debe hacer la empresa en su conjunto”. En este sentido, una declaración de misión eficaz diferencia la propuesta de valor que ofrece el negocio frente a otras empresas de su tipo, ayudando también a identificar el alcance de la propia organización (Pearce y David, 1987). Nosnik y Ostrowiak (2005) definen a la misión organizacional como la propuesta de perfeccionamiento que brinda una compañía a la sociedad por medio de sus productos y servicios, es decir, la justificación de un proyecto institucional con base a su especialidad para existir en comunidad.

Klemm, Sanderson, y Luffman (1991) argumentan que hay dos elementos que reflejan el propósito de la declaración de misión: la primera se refiere a las relaciones públicas externas y la segunda consiste en motivar al personal dentro de la empresa. Campbell y Yeung (1991) agregan que la misión de una organización se sostiene cuando su cultura (normas y reglas de hacer las cosas) y estrategia (naturaleza y posicionamiento del negocio) se soportan mutuamente. En este sentido, la misión es el carácter, identidad y la razón de existencia de una organización.

Se puede concluir que la misión es la razón de ser de la organización, representando en ella su propósito esencial y propuesta de valor que ofrece a los clientes (Kaplan y Norton, 2008), siendo

también lo que la distingue de otros negocios en cuanto al desempeño de operaciones, productos, mercados y talento humano (Serna, 2008).

Para la construcción de la misión se deben responder a las siguientes preguntas: ¿cuáles son los productos o servicios?, ¿quiénes son nuestros clientes?, ¿dónde compete la organización?, ¿cuál es la tecnología necesaria para su funcionamiento?, ¿cuál es la preocupación por la supervivencia?, ¿cuál es la filosofía que practica?, ¿cuáles son sus ventajas competitivas?, ¿cuál es su imagen corporativa? y ¿cuál es la actitud de sus empleados? (David, 1989). Autores como De la Rosa y Lozano (2010), y Tarzijan (2013), sintetizan estas preguntas en: ¿qué hace la organización?, ¿para qué lo hace?, ¿a través de qué lo hace? y ¿a quién se dirige? Para efectos del desarrollo del presente estudio, la misión de Vital Salud IPS se construirá dando respuesta a este último set de preguntas.

2.2.1.2. Visión

La visión es una explicación atemporal de la organización que le da identidad y ambición. Sin embargo, una vez lograda ya no es una fuerza motriz para la acción, por lo que la organización puede comenzar a perder dirección. En este sentido, la visión debe enunciarse en términos de lo que el negocio espera ser, siendo realista sobre las condiciones del mercado, la competencia, la economía y las regulaciones. Debe, además, aclarar y reflejar los valores y aspiraciones de la dirección, empleados y demás partes interesadas (Wilson, 1992).

El objetivo de la declaración de visión es crear un sentido fundamental y un propósito ambicioso, que debe perseguirse durante varios años (Leithwood, Tomlinson, y Genge, 1996). La visión debe ser concisa, debe definir los objetivos de la organización a mediano y largo plazo (de tres a diez años), estar orientada al cliente y expresada en términos visionarios (Kaplan y Norton, 2008). Por otro lado, si la visión es muy ambiciosa, tendrá menores posibilidades de cumplimiento en un

periodo de cinco a diez años, perdiendo su capacidad de motivar y estimular (Campbell y Yeung, 1991).

Para diseñar la declaración de visión, es necesario que se respondan las siguientes preguntas: ¿qué deseamos lograr?, ¿cómo queremos que nos describan?, ¿cuáles son nuestros valores?, ¿qué valores queremos que nos distingan? y ¿hacia dónde queremos cambiar? (De la Rosa y Lozano, 2010). Para efectos del desarrollo del presente estudio, la visión de la compañía estudiada se construirá dando respuesta a las preguntas anteriores.

2.2.1.3. Valores

Los valores son ideas abstractas que guían la estrategia y la acción de una empresa, además de dirigir a los directivos a determinar sus objetivos y metas. Son normas que, en gran medida, se derivan, aprenden e interiorizan de la sociedad y sus instituciones (Rokeach, 2008).

Para alcanzar sus objetivos estratégicos y dar cumplimiento a su misión, las organizaciones deben construir un marco de referencia dentro del cual se dictamine la manera en que se quiere alcanzar el éxito (Tarzijan, 2013). Este marco de referencia se relaciona con los estándares éticos y las normas que estructuran el comportamiento de los directivos de las empresas, donde el incumplimiento de los valores de la organización significaría quebrantar uno de los elementos centrales de su estrategia.

De esta manera, los valores pueden transformarse en iniciativas que ayuden a implementar una cultura organizacional, lo cual es directamente una responsabilidad de la alta gerencia, ya que se necesita ejercer un liderazgo transformador que impacte en todos los niveles de la organización, para aumentar el compromiso de cada uno de los miembros hacia el cumplimiento de los objetivos corporativos (Ramírez, Sánchez, y Quintero, 2005). Autores como Kaplan y Norton (2008),

argumentan que los valores también influyen en el comportamiento, actitud y carácter de la organización, puesto que son declaraciones que establecen lo que la empresa desea promover, identificando a su vez las conductas prohibidas (como sobornos, acosos y conflictos de interés).

La dirección o la alta gerencia -con su equipo estratégico- deben definir cuál es el conjunto de valores que constituirá la vida organizacional. Adicionalmente, es importante que identifiquen los grupos de interés con los que interactúa, entre ellos el Estado, la sociedad, los colaboradores, los proveedores y los clientes, donde los comportamientos y la calidad de esta interacción deben estar regidos por un principio corporativo (Serna, 2008).

En ese sentido, la más alta vocación del ejecutivo está en seguir estos valores y ser hábil para motivar a los demás miembros de la organización para que los compartan. Existen tres aspectos clave para compartir los valores de la organización y alcanzar el éxito administrativo: estimular el sistema de comunicaciones, promover el afianzamiento de los esfuerzos esenciales, y formular el propósito de la organización (Barnard, 1968).

Ya teniendo claro las definiciones de las declaraciones de misión, visión y valores, es fundamental realizar un análisis estratégico que permita detectar oportunidades y amenazas del entorno externo de la organización, además de identificar las debilidades y fortalezas que estén presentes internamente en la empresa.

2.2.1.4. Análisis estratégico

Después de revisar la teoría que comprende a las declaraciones estratégicas, es importante analizar los factores externos e internos que pueden afectar a la organización, pues estos contribuyen al desarrollo de un diagnóstico para la implementación estratégica.

2.2.1.4.1. Análisis entorno externo

La primera fase de un análisis estratégico corresponde al análisis de factores externos ya que las organizaciones conviven en diversos entornos donde se pueden presentar oportunidades y amenazas, que afectan de forma positiva o negativa a su desempeño. Según Barney (1991), este análisis consiste en examinar la forma en que los factores externos del mercado impactarán en el desempeño del negocio, con el fin de aprovechar las oportunidades y también elaborar planes de contingencia frente a las amenazas.

El análisis de entorno externo considera dos tipos de análisis: análisis de macro entorno y análisis de micro entorno. El análisis de macro entorno contempla aspectos políticos, económicos, sociales, tecnológicos, medio ambientales y legales (Johnson, Scholes y Whittington, 2008). Una de las herramientas más utilizada en el análisis del macro entorno es el *Análisis Pestel*. El análisis de micro entorno considera el contexto en el que la organización desarrolla sus actividades operacionales tales como, proveedores, clientes, competidores (existentes y entrantes) y mercado. Para el análisis de micro entorno la herramienta más utilizada son las *Cinco Fuerzas de Porter*. A continuación, se describen el Análisis Pestel y las Cinco Fuerza de Porter en detalle.

- Análisis Pestel

Análisis Político: Kaplan y Norton (2008) consideran que debe tomarse en cuenta el contexto político del territorio donde una organización está operando. Por ejemplo, una inestabilidad política puede modificar el marco legal para la aplicación de contratos, la protección de propiedad intelectual, las normativas comerciales y aranceles, entre otros.

Análisis Económico: Considera el crecimiento económico, las tasas de interés, los movimientos cambiarios, los precios de los factores de producción, la normativa y las expectativas generales de la organización en la sociedad, entre otros factores.

Análisis social: Los factores sociales también son relevantes al momento de identificar y analizar el entorno de una empresa, puesto que son las personas, con sus particulares características, las que finalmente permiten o impiden el desarrollo sostenible de la organización. Por tal razón, debemos considerar la demografía del lugar donde opera la organización, su estructura de clases, el grado de educación de sus habitantes, la cultura de la comunidad con sus propios intereses y actitudes, entre otros factores.

Análisis tecnológico: Los factores tecnológicos pueden determinar las barreras de entrada, el nivel mínimo de producción eficiente y motivar eventualmente externalizar ciertos trabajos y decisiones. En este sentido, la tecnología impacta directamente en la organización en su oferta de productos y en la estructura de costos, además de la tasa de difusión tecnológica.

Análisis ecológico: Kaplan y Norton (2008) proponen una serie de factores que afectan el medio ambiente, como las emisiones de gases de efecto invernadero, los residuos tóxicos producidos, los residuos líquidos liberados, el consumo de energía, el nivel de reciclado y el consumo de agua potable.

Análisis legal: Este factor es necesario para determinar el marco legal que se rige en el país en la aplicación de contratos, la protección de propiedad intelectual, las normativas comerciales y aranceles, entre otros.

De acuerdo a lo anterior, podemos afirmar que el éxito o fracaso de una empresa no sólo depende de poseer productos o servicios únicos o diferenciados, sino que también las empresas deben estar

atentas sobre su entorno competitivo y cómo su estrategia empresarial puede modificar dicho entorno a su favor (Tarzijan, 2013), por lo que, debe considerar el entorno competitivo dentro de la industria. Para así detectar las amenazas u oportunidades de la industria en la que se ubique la organización, para este análisis se puede emplear el modelo de las cinco fuerzas competitivas de Porter.

- Cinco fuerzas de *Porter*

La ilustración 2, muestra el modelo de las cinco fuerzas de Porter, en el que se pueden identificar una serie de factores que impactan en la industria, que son: las amenazas de nuevos competidores; las amenaza de productos sustitutos; el poder de negociación de los proveedores; el poder de negociación de los clientes; y como centro de estas fuerzas, la rivalidad entre los competidores existentes (Porter, 1980). Cada una de las cinco fuerzas se describe de la siguiente forma:

Ilustración 2: Modelo de las cinco fuerzas de Porter.



Fuente: Fundamentos de estrategia empresarial (Tarzijan, 2013).

Amenaza de nuevos competidores: La primera de las cinco fuerzas competitivas básicas es la amenaza de entrada de nuevos competidores. Las empresas que ingresan a un sector generalmente aportan nuevas capacidades y grandes recursos con el propósito de obtener participación en el mercado. Como resultado de ello, los precios pueden caer, disminuyendo también la rentabilidad. Las amenazas de nuevas empresas a un sector dependen de las barreras de entrada que existan, así como de la reacción que las nuevas empresas creen que tendrán las empresas existentes.

Poder de negociación de los compradores: Los clientes compiten con las empresas de un sector forzándolas a disminuir los precios, negociando una mayor calidad o mayores servicios, y haciendo que las empresas compitan entre sí. El poder de cada uno de los clientes importantes de la industria depende de características como su situación de mercado y la importancia relativa de sus compras dentro de la industria, y dentro de su negocio en general.

Productos sustitutos: El tercer factor de competitividad según Porter (1980), tiene que ver con la amenaza de los productos o servicios sustitutos. Todas las empresas que forman parte de un sector compiten, en un sentido amplio, con empresas de otros sectores que producen u ofrecen productos o servicios sustitutos. Los productos sustitutos limitan las ganancias de las empresas de una industria al colocar un límite a los precios que estas empresas pueden cobrar.

Poder de negociación con los proveedores: La cuarta fuerza competitiva es el poder de negociación de los proveedores. Los proveedores pueden ejercer su poder de negociación sobre las empresas que hacen parte de una industria mediante amenazas de incremento en los precios o reduciendo la calidad de los bienes o servicios que proporcionan.

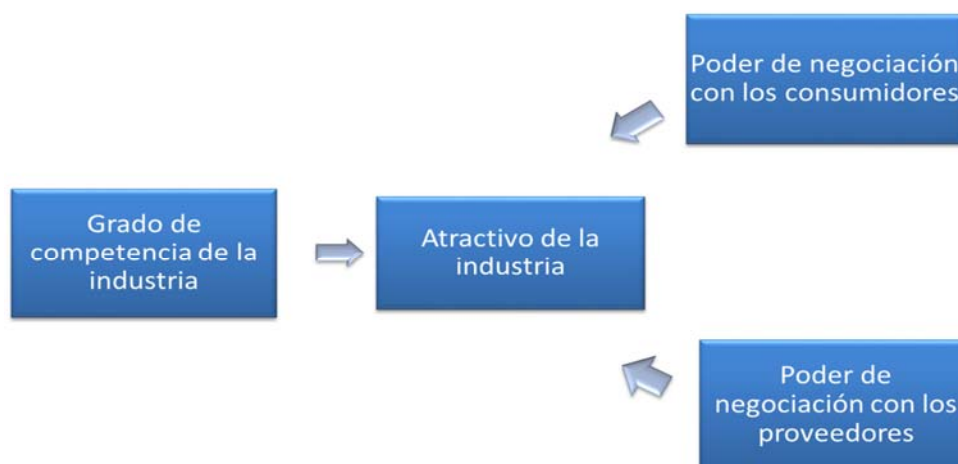
Rivalidad entre los competidores: El quinto factor de competitividad es la rivalidad existente entre las firmas del sector. La rivalidad ocurre porque uno o más competidores sienten la presión

o ven la oportunidad de mejorar su posición. Para ello se utilizan usualmente tácticas como competencia de precios, batallas publicitarias, introducción de productos, e incremento de las garantías o mejoras en el servicio al cliente.

De acuerdo con Tarzijan (2013), el análisis a través de las cinco fuerzas de Porter tiene, algunas limitaciones como: focalizarse en toda la industria y no en una empresa en particular; no tener en cuenta el tamaño y el crecimiento de la demanda; no considerar a los clientes en forma explícita; y no tomar en consideración cómo una empresa puede modificar el entorno a su favor a través de su propia estrategia. Una empresa estará mejor mientras menor sea la intensidad de la competencia en su mercado y la rivalidad de sus compradores, y mientras mayor sea el nivel de competencia en las industrias de sus proveedores de insumos.

Los determinantes de la industria, según Tarzijan (2013), se muestran en la ilustración 3.

Ilustración 3: Determinantes del atractivo de la industria



Fuente: Fundamentos de estrategia empresarial (Tarzijan, 2013)

La principal diferencia entre los enfoques expuestos por Tarzijan (2013) y Porter (1980), son que de acuerdo al enfoque de Tarzijan (2013) (ilustración 3) el atractivo de una industria se basa

en el nivel de competencia existente en los principales mercados de relevancia para la empresa - simplificando el análisis a la determinación del grado de competencia en cada mercado-, mientras que el enfoque de Porter (1980) (ilustración 2), entremezcla distintos conceptos.

2.2.1.4.2. Análisis interno

La segunda fase del análisis estratégico corresponde al análisis interno donde las compañías deben asegurarse del estado de su organización contemplando aquellos factores físicos y sociales relevantes dentro de los límites de la organización o unidad específica, que se toman con directa consideración en la toma de decisiones. El análisis interno evalúa las fortalezas y debilidades de la compañía (Weihrich, 1982).

De acuerdo con Duncan (1972), para realizar este análisis se recomienda considerar los siguientes componentes: personal de la organización (competencias individuales); las funciones organizativas y del personal (funciones y procesos); y el nivel organizacional (naturaleza de los servicios, objetivos y metas). Estos componentes dan origen al análisis de recursos y capacidades el cual puede ser desarrollado mediante la cadena de valor. A continuación, se explicarán en detalle estos análisis.

- Análisis de recursos

Las organizaciones cuentan con habilidades distintivas, en cuanto a sus recursos tangibles e intangibles, que han ido desarrollando a lo largo del tiempo (Hill, Jones, Pérez, y Soto, 2009). Entre ellas podemos mencionar el conocimiento y experiencia, la marca, la tecnología, entre otros recursos que pueden dar forma a una habilidad distintiva que, a la vez, le permita a la compañía mantener una posición competitiva sólida. Son relevantes estas habilidades distintivas, en el sentido de que son necesarias para dar cumplimiento a la propuesta de valor de la compañía.

Las habilidades distintivas se convierten en una ventaja competitiva cuando son raras, difíciles de imitar e insustituibles. Cuando estas habilidades permiten explorar una oportunidad o desactivar una amenaza, se transforman en valiosas. A su vez, si la organización presenta características difíciles de imitar, su competencia está en dificultades para obtenerlas e incluso podría contar con algunas que sean insustituibles donde no será posible la imitación (Barney, 1991). Por esta razón, es importante analizar estas habilidades con el fin de poder dar sustento a una propuesta de valor atractiva y a una estrategia de negocios rentable. De allí la importancia de realizar un análisis de perfil de capacidad institucional.

- Análisis de capacidades

Las capacidades de una compañía se desarrollan en los procesos internos y, por lo tanto, están muy relacionadas con los recursos que una organización posee. La capacidad para llevar a cabo un proceso de logística y distribución superior al de sus competidores, puede llevar a la compañía a tener una posición competitiva más sólida en la industria; un caso similar ocurre cuando una empresa posee una capacidad superior para desarrollar productos novedosos y atractivos para su segmento de clientes (Fariás, 2017).

Serna (2008), expone que el análisis de capacidades examina cinco categorías de capacidad: directiva, competitiva, financiera, tecnológica o de producción y de talento humano. Este análisis es un medio para evaluar la posición estratégica de una compañía en un determinado momento.

En este sentido, para realizar un buen análisis interno, entre otros aspectos, es indispensable obtener información financiera de calidad, por esto, es necesario examinar los mecanismos de monitoreo corporativos para asegurar la efectividad del control interno (Verschoor, 2002). Una de

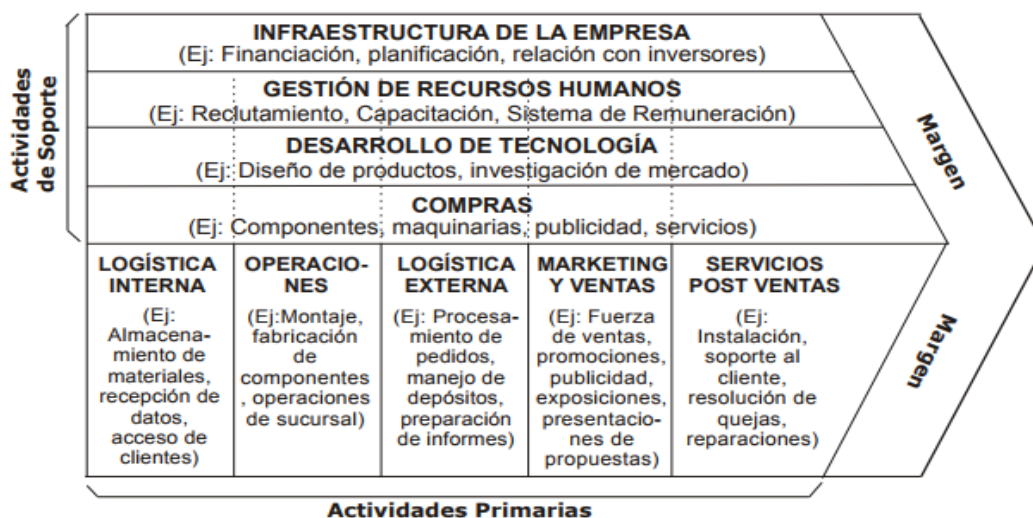
las herramientas para realizar el análisis de las capacidades, es la cadena de valor, la cual permite identificar las debilidades y fortalezas que posee la organización (Porter y Millar, 1985).

- Cadena de valor

El análisis interno realizado por medio de la cadena de valor, según Porter y Millar (1985), tiene como propósito analizar las actividades primarias y de apoyo, las cuales se deben alinear para cumplir la propuesta de valor de la empresa. El énfasis de la cadena de valor es identificar cómo las actividades de apoyo proporcionan la columna vertebral y la infraestructura para implementar la estrategia.

La cadena de valor se muestra en la ilustración 4.

Ilustración 4: Cadena de valor



Fuente: Ventaja competitiva, Porter 1985.

La cadena de valor facilita la comprensión del comportamiento de los costos, teniendo en cuenta que las actividades son el elemento central para hacerles seguimiento. El costeo basado en actividades es una manifestación de esta perspectiva Johnson y Kaplan (1987), que a la vez es una

forma sistemática de examinar todas las actividades que una empresa desempeña. Esta herramienta descompone las actividades estratégicas más relevantes de la empresa, contribuyendo a comprender el comportamiento de los costos y las fuentes de diferenciación existentes para obtener una ventaja competitiva.

Autores como Shank y Govindarajan (2004), señalan que la idea central de la cadena de valor es ver cómo funcionan las actividades, que van desde las materias primas básicas hasta el segmento de clientes, relacionándolos con el comportamiento de los costos y las fuentes de diferenciación que facilitan la comprensión de las actividades de los procesos clave.

De esta manera, se puede concluir que la cadena de valor describe la gama completa de actividades que se requieren para desarrollar un producto o servicio, desde su concepción a través de las fases intermedias de producción (que implican una combinación de transformación física y de insumos de diversos servicios de producción), la entrega a consumidores finales y la satisfacción final (Kaplinsky, 2010). Esto es clave para la identificación de las debilidades y fortalezas de dichas actividades, las cuales serán plasmadas y analizadas en el análisis FODA.

2.2.1.4.3. Análisis FODA

Finalmente, la tercera fase del análisis estratégico corresponde al análisis FODA, que permite identificar relaciones entre diferentes factores como amenazas, oportunidades, debilidades y fortalezas, las cuales crean una estructura para el desarrollo de estrategias (Weihrich, 1982). Además, Dyson (2004), agrega que es un método establecido para ayudar a la formulación de la estrategia, a través de la descripción de cada uno de los factores previamente mencionados que están al interior de la organización y en el entorno donde se desenvuelve.

La estructura del análisis FODA, según Weihrich (1982), consta de siete pasos:

Paso 1: se desarrolla un análisis externo, que permitirá detectar las oportunidades y amenazas del entorno donde la organización se desenvuelve.

Pasos 2 y 3: se realiza un análisis de la situación presente, con el fin de identificar las debilidades y fortalezas que están presentes al interior de la organización.

Paso 4: se agrupa en un listado las oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades que producirán un mayor impacto en la empresa.

Pasos 5 y 6: se desarrollan estrategias, tácticas y acciones específicas para lograr él o los objetivos generales de la empresa. Durante este proceso, se debe prestar atención a la coherencia de estas decisiones con las otras etapas del proceso de la formulación de la estrategia.

Paso 7: finalmente, y dado que una organización opera en un entorno dinámico, deben prepararse planes de contingencia.

Teniendo en cuenta estos pasos se puede afirmar que el análisis FODA es el medio por el cual las organizaciones pueden detectar ideas para desarrollar, mantener o cambiar su estrategia (Valentin, 2001). Del mismo modo el método FODA también permite identificar los factores positivos y negativos relacionados con el plan o estrategia propuesto (Weihrich, 1982).

No obstante, el desarrollo del análisis FODA también puede volverse insuficiente. En este sentido, su principal limitante es que no es capaz de medir los factores cuantitativamente, lo que dificulta evaluar la importancia relativa de cada uno de ellos al momento de la toma de decisiones (Dwivedi y Alavalapati, 2009). Según Valentin (2005), los lineamientos del análisis FODA tradicional promueven una exploración superficial y una categorización improvisada en lugar de una investigación metódica.

Por su parte, Kurttila, Pesonen, Kangas, y Kajanus (2000) argumentan que este análisis carece de la posibilidad de evaluar de manera exhaustiva la situación estratégica de la toma de decisiones. Por esta razón, y con el fin de superar estas limitaciones, propusieron un nuevo método híbrido que reúne al análisis FODA con el Proceso de Jerarquía Analítica (PJA), con el fin de volver conmensurables los valores descritos en el FODA y así mejorar la información cuantitativa que sirve de base para los procesos de planeación estratégica.

La cuantificación del análisis FODA, permite evaluar las fuerza competitivas de los factores internos (debilidades y fortalezas) y externos (oportunidades y amenazas) de la organización, para luego proceder a formular estrategias que permita aprovechar las oportunidades y minimizar las amenazas según la fuerzas competitivas de la organización y el entorno en el que se desenvuelve (Chang y Huang, 2006). Siguiendo la misma línea, Farías (2017) afirma que esta herramienta permite evaluar la posición competitiva de la organización frente al mercado, a la competencia o al desarrollo de un proyecto, con el objeto de definir una propuesta de valor atractiva y una estrategia que permita desarrollar una posición competitiva sólida.

La metodología para la confección de la matriz FODA requiere una jornada de discusión entre los distintos miembros de una empresa, donde todos puedan aportar ideas sobre los componentes que se incluirán en la matriz. En cada grupo, los ejecutivos primero deben plantear aquellas fortalezas y debilidades que se piensan son las más relevantes para el momento que vive la empresa, tanto para fortalezas como debilidades, con la idea de enfocarnos en aquellos aspectos evaluados como más críticos de la organización. Posterior a esto el grupo de ejecutivos debe hacer lo mismo con respecto a las oportunidades y amenazas que se observen para una empresa (Cancino, 2012).

Sin embargo, es importante mencionar que el éxito del análisis FODA radica en llegar a conclusiones sobre la situación de la empresa, con el fin de formular acciones que permitan que la estrategia aproveche de mejor forma las fortalezas y oportunidades del mercado, y a la vez que sea capaz de corregir importantes debilidades y defenderse de las amenazas externas (Thompson, Peteraf, Gamble, y Strickland, 2012).

Autores como Kaplan y Norton (2008) consideran que el análisis FODA es una de las herramientas más relevantes al momento de realizar el análisis estratégico, debido a la integración y evaluación de los factores internos y externos para el desarrollo de la estrategia.

2.2.1.4.4. Estrategia

El concepto de estrategia surge con posterioridad a la década de 1960, ya que antes de ese periodo las empresas se concentraban más en los procesos de control y de planificación. Desde entonces las organizaciones han utilizado la estrategia como respuesta a los cambios del entorno, con el fin de reducir riesgos y potenciar las oportunidades del futuro (Sanabria, 2005).

La estrategia según Chandler (1962) consiste en la planificación y ejecución del crecimiento de la empresa, que consiste en definir los objetivos de largo plazo de una organización y la consiguiente adopción de los recursos que se orienten a su desarrollo.

Tiempo después se presentaron nuevas visiones sobre la estrategia. Desde el enfoque administrativo, Jauch, Osborn, y Glueck (1980) afirmaron que : “ la estrategia es un plan unificado, comprensible e integral, diseñado para asegurar que los objetivos básicos de la empresa sean alcanzados”. Para la misma década, Mintzberg (1987) consideró a la estrategia: “Como un plan, un patrón de acciones, una posición competitiva y una perspectiva general”, describiéndola como una pauta de acción, una maniobra para ganar la partida al contrincante o competidor.

Años más tarde, Porter (1996) definió a la estrategia empresarial como “la elección de los sectores en que va a competir y la forma en que va a penetrar en ellos (la empresa). La estrategia competitiva consiste en ‘ser diferente’ y esto significa la selección deliberada de un conjunto de actividades distintivas para entregar una combinación única de valor”.

Una década después, Mintzberg (2006) describió nuevamente a la estrategia como una guía que comprende una situación específica y que tiene dos características: sus acciones se elaboran antes y también se desarrollan de manera coherente al propósito definido.

Posteriormente, Porter (2009) expande su definición de la estrategia, señalando que consiste en el medio por el cual las organizaciones crean un equilibrio en las actividades que desarrollan. Por ende, su éxito recae en la gestión que se realice para lograrla y que las actividades que se efectúen estén integradas entre sí. Además, afirma que la estrategia es la “creación de una posición única y valiosa, que involucra un conjunto de actividades diferentes para entregar una combinación única de valor”.

Esta definición complementa la descripción de Porter (1980) donde señaló que la estrategia competitiva corresponde a las acciones ofensivas o defensivas de una empresa para crear una posición defendible dentro de una industria e identificó que estas acciones se agrupan en tres estrategias genéricas -que podrían usarse individualmente o en conjunto-, para crear en el largo plazo una posición que sobrepase al desempeño de los competidores. Esas tres estrategias genéricas son:

- Liderazgo en costos: consiste en mantener el costo más bajo frente a los competidores y lograr un volumen alto de ventas. Por ende, la empresa deberá tener la capacidad de reducir costos en todos los eslabones de su cadena de valor, de tal forma que la

disminución de gastos redunde en un mejor precio para el consumidor y una mayor participación de mercado para la organización.

- Diferenciación: se considera como una barrera protectora frente a la competencia y es cuando la empresa ofrece productos y servicios que son percibidos como únicos por los consumidores, quienes también están dispuestos a pagar más por tenerlos.
- Enfoque o concentración: esta estrategia consiste en concentrarse en un grupo específico de clientes, en un segmento de la línea de productos o en un mercado geográfico, basándose en la premisa de que la empresa está en condiciones de servir en forma más eficiente a un objetivo estratégico más reducido que los competidores de amplia cobertura.

Para la elaboración de las estrategias descritas, es necesario responder a las siguientes preguntas: ¿qué clientes o mercados serán nuestros objetivos? ¿qué propuesta de valor nos diferencia? ¿qué procesos clave nos proporcionan una ventaja competitiva? ¿qué capacidades de capital humano se necesitan para destacar en los procesos clave? ¿cuáles son los facilitadores tecnológicos de la estrategia? y ¿cuáles son los facilitadores organizacionales necesarios para la estrategia? (Kaplan y Norton, 2008).

Tras la elaboración de las estrategias organizacionales, se podrá dar paso a la formulación estratégica, que tiene como fin cumplir con los objetivos estratégicos y que se terminan convirtiendo en la propuesta de valor ofrecida a los clientes (De la Rosa y Lozano, 2010).

2.2.1.4.5. Propuesta de valor

Una unidad de negocio promete a los clientes algo de valor. En este sentido, una propuesta de valor de una organización es una declaración expresa de los beneficios ofrecidos a un grupo de clientes y el precio que ellos están dispuestos a pagar por esos beneficios.

La propuesta de valor debe incluir tres aspectos importantes en su enfoque: la elección, promoción y comunicación del valor (Lanning y Michaels, 1988). A su vez, existen tres elementos para el proceso de creación de valor: la forma en que la empresa aporta a sus clientes; el valor que la empresa recibirá de ellos; y la participación de los clientes y la empresa para la co-creación del valor (Ballantyne, Frow, Varey y Payne, 2011). Las empresas sólo pueden alcanzar un estado de co-creadoras de valor en la interacción con sus clientes (antes de eso las empresas actúan como facilitadoras de valor).

Es importante también considerar diversos enfoques sobre las propuestas de valor: en primer lugar la diseñada por el proveedor para los clientes, que envuelve una oferta de mercado o promesa iniciada, comunicada y pensada para los clientes, tomando en cuenta sus necesidades para su posterior aceptación; en segundo lugar la desarrollada por los grupos de interés distintos de los clientes, donde la organización se adelanta a las necesidades de los clientes para encontrar soluciones; en tercer lugar la co-producida por proveedores y clientes, producto de un intercambio de conocimiento recíproco; y, por último, a través de la colaboración con los clientes para lograr soluciones (Ballantyne, 2011).

La propuesta de valor se utiliza activamente al interior de las organizaciones. Sin embargo, un estudio realizado por Frow y Payne (2008), con una muestra de 265 ejecutivos de tres continentes,

indicó que si bien el término de propuesta de valor es utilizado por el 65% de los directivos, sólo el 8% de ellos lo había desarrollado y comunicado.

Dado lo anterior, se puede apreciar que, si bien este concepto es conocido en las organizaciones, no se está comunicando debidamente, lo que se traduce en una pérdida o desinterés de las necesidades de los clientes. Por esta razón, es relevante que la propuesta de valor tenga un enfoque hacia los clientes, ya que es un factor determinante para que el consumidor finalmente se decida por una u otra empresa (Osterwalder y Pigneur, 2011). Sin embargo, la propuesta de valor no sólo tiene que ser pensada hacia los clientes, puesto que si se torna efectiva posibilitar también que la empresa se diferencie en el tiempo. En este sentido, la propuesta de valor también puede llegar a ser un elemento central que desarrolla la capacidad de creación y captura de valor ofrecida a los *stakeholders* (Tarzijan, 2013).

Se puede concluir que la propuesta de valor es un factor determinante que hace que los clientes elijan a una empresa por sobre la competencia, debido a que su objetivo principal es “establecer cómo las organizaciones deben diferenciarse de sus competidores, para atraer y mantener las relaciones con sus clientes” (Kaplan y Norton, 2008). Tras la elaboración de la propuesta de valor, estamos en condiciones de realizar la etapa dos del modelo de ciclo cerrado que consiste en planificar la estrategia, la cual será abordada en la siguiente sección.

2.2.2. Etapa II: Planificar la estrategia

Basados en la estrategia formulada en la etapa anterior, la planificación de la estrategia consiste en implementar esta estrategia a través del desarrollo de objetivos estratégicos, indicadores, metas, iniciativas y presupuestos que guíen la acción y la asignación de recursos. Para esto, primero se representarán los objetivos estratégicos en un mapa estratégico el cual estará compuesto por las

dimensiones estratégicas de la organización denominadas temas estratégicos; que serán medidos por indicadores a los cuales se le asignarán metas, iniciativas y presupuesto que serán agrupados por medio del cuadro de mando integral también conocido como Balance Scorecard (BSC) (Kaplan y Norton, 2008).

2.2.2.1. Temas estratégicos

Kaplan y Norton (2008) definen a los temas estratégicos como el grupo de objetivos relacionados al interior del mapa estratégico, los cuales generalmente son combinaciones verticales de objetivos que se originan en la perspectiva de procesos, que es donde se ejecuta la estrategia.

Los temas u orientadores estratégicos que definen a la empresa, guían la formulación de la estrategia y su planificación por medio del mapa estratégico, en el cual se describe el proceso de creación mediante una serie de relaciones de causa y efecto entre los objetivos de las cuatro perspectivas del BSC: financiera, de clientes, de procesos, y de aprendizaje y crecimiento (Kaplan y Norton, 2008).

Un tema estratégico basado en los procesos se puede conectar hacia arriba con los resultados financieros, y hacia abajo con los objetivos de aprendizaje y crecimiento. Estos temas estratégicos dividen la estrategia en varios procesos diferentes que crean valor, por lo que es necesario que cada organización personalice sus temas estratégicos de acuerdo con la propuesta de valor para sus propios clientes, así como los objetivos de crecimiento y productividad de la perspectiva financiera (Kaplan y Norton, 2008).

Podemos concluir que los temas estratégicos son los lineamientos que se desprenden del análisis interno y externo y que, si cada uno de ellos se cumple, entonces se cumplirá la propuesta de valor. Además, ellos también son las líneas básicas del desarrollo de la organización, que agrupan los

objetivos del mapa estratégico, debiendo ser coherentes con la misión, visión y estrategia de la misma (Kaplan y Norton, 2008).

2.2.2.2. Mapa estratégico

Kaplan y Norton (2008) promueven la aplicación del mapa estratégico donde se traduce la estrategia, de tal forma de visualizarla como una cadena de relaciones de causa y efecto entre los objetivos estratégicos. El enfoque de las relaciones causales es integrar los objetivos financieros a largo plazo de la compañía con los objetivos de lealtad del cliente y las proposiciones de valor de la empresa.

El mapa estratégico proporciona cuatro perspectivas en las que debe enfocarse la gestión de la organización. Su estructura permite asignar responsabilidades de acción a cada uno de los ejecutivos de la empresa. Vale destacar que el orden de estas perspectivas depende de la naturaleza de la organización.

El mapa estratégico es una herramienta que permite visualizar la estrategia de la organización, mediante la identificación y selección de los principales factores implicados en la misma y su conexión causal. Kaplan y Norton (2008) estructuran dicho Mapa en cuatro dimensiones concatenadas, que ellos denominan perspectivas: la financiera, la de clientes, la de procesos y la de aprendizaje y crecimiento. La idea básica consiste en comenzar el Mapa Estratégico desde la perspectiva superior, que, en las empresas, en general, es la financiera; sin embargo, en las sin ánimo de lucro o de servicios, normalmente la perspectiva superior será la del cliente. En cualquier caso, el orden de las perspectivas no es necesariamente fijo, ya que, de un año a otro, en función de los objetivos estratégicos, puede variar la perspectiva dominante (Retolaza, Torres, y San-Jose, 2012).

Las cuatro perspectivas propuestas por Kaplan y Norton (2008) son:

Financiera: indica los resultados tangibles de la estrategia, por medio de la medición de indicadores como el retorno sobre la inversión, el valor agregado económico, las ganancias operativas, los ingresos por cliente y el costo por unidad producida.

Cliente: esta perspectiva requiere que la organización considere la percepción que tiene el cliente, en cuanto a lo que espera o necesita.

Proceso: el enfoque de esta perspectiva se centra en la efectividad de los procesos internos y la identificación de actividades clave que tienen el mayor impacto en el funcionamiento del negocio. Los indicadores de esta perspectiva incluyen el tiempo del ciclo del producto, la productividad, costo, tiempo de comercialización, entre otros.

Aprendizaje y crecimiento: en esta perspectiva la organización debe considerar cómo se desarrolla, mejora y se adapta su desempeño a los cambios. Estas medidas tienden a centrarse en la satisfacción, el desarrollo de los empleados y el seguimiento de nuevos productos o servicios.

La elaboración del Mapa Estratégico se realiza por medio de la identificación de los factores estratégicos de la organización relacionados con los fines generales de la misma, así como las interacciones causales entre ellos (Retolaza., 2012).

Por lo que se puede concluir que el mapa estratégico es el instrumento sobre el que va a desplegar la totalidad de la gestión. Los objetivos plasmados en el mapa deben ser medidos por medio de un cuadro de mando integral el cual contribuya al éxito de la organización (Niven, 2003).

2.2.2.3. Cuadro de mando integral

Otley (1999) afirma que el cuadro de mando integral es una poderosa herramienta que permite a la alta gerencia abordar la estrategia de la organización. Los precursores del Cuadro de Mando Integral (CMI), Kaplan y Norton (2000), afirman que: “el CMI traduce la estrategia y la misión de una organización en un amplio conjunto de medidas de actuación que proporcionan la estructura necesaria para un sistema de gestión y medición estratégica; mide la actuación de la organización desde cuatro perspectivas equilibradas: las finanzas, los clientes, los procesos internos, y el aprendizaje y crecimiento; y permite el seguimiento de los resultados financieros, el progreso en la formación de aptitudes y la adquisición de los bienes intangibles que se necesitan para un crecimiento futuro”.

El cuadro de mando integral o CMI está compuesto por un amplio conjunto de mediciones, perspectivas y objetivos en una organización. Las empresas, al implementar programas de mejoras -como la reingeniería de procesos, mejoras en calidad total y empoderamiento de los empleados-, carecen de un sentido de integración. Por esto, el CMI puede servir como punto focal para los esfuerzos de las organizaciones, definiendo y comunicando sus prioridades a los gerentes, empleados, inversionistas e incluso clientes. El CMI incluye la consolidación de los objetivos estratégicos (los cuales guían a la organización al cumplimiento de la estrategia), la definición de indicadores estratégicos (visión de la realidad que permite evaluar el comportamiento de una variable), el periodo de tiempo en el que se medirá el indicador, la meta que se quiere alcanzar y las iniciativas necesarias para alcanzar el objetivo, las cuales deben ser cuantificadas posteriormente en un presupuesto (STRATEX) el cual contempla los gastos estratégicos, y corresponde a los recursos necesarios para implementar las iniciativas que proporcionan beneficios a largo plazo (Kaplan y Norton, 2004).

Kaplan y Norton (1996) recomiendan que el desarrollo del CMI sea un esfuerzo conjunto de los gerentes de unidad y la alta gerencia. Cokins (2005) sugiere que la participación de los gerentes en la aplicación del CMI genera "la aceptación y la propiedad de los indicadores de rendimiento clave y cuadro de mando", lo que aumentará la probabilidad del cumplimiento de la meta. Por tanto, es clave definir correctamente los objetivos corporativos, el indicador, la meta y establecer el periodo óptimo de revisión de cada indicador, debido a que si se definen de forma incorrecta se pueden llegar a resultados contrarios a los esperados. El periodo de revisión del indicador debe ser establecido teniendo en cuenta dos aspectos contrapuestos: por una parte, el periodo de tiempo de análisis debe ser significativo al indicador en cuestión; por otra parte, debe permitirnos el realizar acciones correctivas, por lo que el control debe hacerse en intervalos inferiores al año, y por último, tener en cuenta el periodo de tiempo en el que se podrán realizar las actuaciones o iniciativas estratégicas, para alcanzar la meta de los objetivos estratégicos (De la Rosa y Lozano, 2010).

2.2.2.4. Stratex

La ejecución de la estrategia debe ir ligada a la cartera de iniciativas, para esto es necesario estipular los fondos explícitos de para cada una de las iniciativas definidas. El financiamiento de la cartera de iniciativas propuesto por Kaplan y Norton (2008) es el STRATEX, el cual está diseñado para mejorar los activos intangibles que proporcionan capacidades organizacionales. Un proceso formal para determinar el nivel de financiamiento del STRATEX permite a las empresas someter las iniciativas estratégicas a revisiones rigurosas y disciplinadas, como los gastos operativos (OPEX) o gastos de capital (CPAEX).

El proceso de cálculo del financiamiento, requiere de un conjunto de estimaciones: las proyecciones del nivel de gastos discrecionales en rubros como investigación, desarrollo, publicidad, promoción, capacitaciones y, por supuesto, iniciativas estratégicas. Los gastos

proyectados de estos rubros, discretionales no guardan una relación causal estrecha con los niveles operativos y de ventas, por lo tanto, requieren un cálculo paralelo con la actualización trimestral de ingresos (Kaplan y Norton, 2008).

2.2.3. Etapa III: Alinear la organización

En la alineación de la organización se desarrolla una visión compartida que hace posible una mejor gestión de la misma. De acuerdo a Kaplan y Norton (2008) la etapa de alinear la organización consta de tres subprocesos:

Alinear las unidades de negocio, el objetivo de este subproceso es desdoblarse e integrar la estrategia de la organización a las estrategias de las distintas unidades de negocio que contenga la organización.

Alinear las unidades de soporte, responde al cumplimiento de las necesidades de procesos de mejora que surjan en el desarrollo y planificación de la estrategia, el cumplimiento de la unidad de soporte contribuirá al desempeño de las estrategias de la organización y las unidades de negocio.

Alinear a los empleados, para cumplir este subproceso es necesario que haya claridad de la estrategia, objetivos e indicadores, que los empleados relacionen la estrategia con sus actividades diarias de tal forma que comprendan la estrategia y estén motivados para ejecutarla de forma exitosa. Para realizar este subproceso, se realiza el despliegue en cascada del cuadro de mando integral corporativo el cual se mencionará a continuación.

2.2.3.1. Despliegue en cascada

Kaplan y Norton (2008) señalan que alinear las unidades organizacionales y las del personal es el éxito de la implementación de la estrategia. Para lograr esto, es necesario realizar un despliegue en cascada del cuadro de mando integral corporativo, desarrollando cuadros de mando en todos y

cada uno de los niveles de la empresa. Estos cuadros de mando están en línea con el cuadro de mando de más alto nivel de la empresa, debido a que, identifican los objetivos e indicadores estratégicos que los departamentos y grupos de nivel inferior usaran para controlar su progreso en la contribución que hacen a los objetivos generales de la empresa (Niven, 2002).

Para lograr la efectividad de la aplicación en cascada y alinear la organización, es necesario que los miembros de la organización, valoren y perciban el impacto de las contribuciones que realizan (Vera y Crossan, 2004).

Otra manera de alinear la organización es a través del esquema de incentivos, el que se mencionara a continuación, esta herramienta es sin duda una de las más efectivas para alinear a los colaboradores a todo nivel.

2.2.3.2. Esquema de incentivos

Crear un esquema de incentivos genera ventajas claras para influir en el comportamiento de los empleados en relación con las metas de la organización, a la vez que ayuda a estructurar y promover la cultura organizacional (Kaplan y Norton, 2008). Los incentivos en las organizaciones tienen el poder de estimular y motivar a las personas, fomentando la búsqueda de oportunidades mediante la proyección de iniciativas individuales en la ejecución de sus labores (Simons, 1995).

Existen dos tipos de incentivos: económicos y no económicos. “Los incentivos económicos son aquellos que, una vez recibidos por los trabajadores, satisfacen sus necesidades materiales, permitiéndoles adquirir un bien o servicio, como pagos de salario, bonificaciones y primas. Por otro lado, los beneficios no económicos exaltan o suplen los requisitos emocionales en las personas, e incrementan el liderazgo de los empleados en las actividades realizadas en la organización, dentro

de los que se destacan el reconocimiento, la responsabilidad, el respeto y la amistad” (Liu y Li, 2013).

Otros autores, como Govindarajan y Anthony (2007), identifican los incentivos como financieros y psicológicos (no financieros). Los incentivos financieros, son aquellos que se pueden medir a través de una unidad monetaria, mientras que los psicológicos se enfocan en los aspectos cualitativos de los trabajadores, toda vez que propenden por el crecimiento a nivel profesional y personal al interior de la organización. Tras la elaboración de los esquemas de incentivos la organización está en condiciones de planificar sus operaciones (etapa 4 del modelo de ciclo cerrado), mediante un plan detallado de recursos y capacidades a utilizar.

2.2.4. Etapa IV: Planificar operaciones

Para la ejecución de los objetivos de la estrategia, es necesario desarrollar un plan de operaciones detallado que indique las capacidades y recursos que se requieren. Se espera que se puedan alinear las actividades de mejoras a los procesos con las prioridades estratégicas, la asignación de recursos y las capacidades para el funcionamiento del negocio, por medio de herramientas como el costeo basado en actividades (ABC), sistemas de presupuesto como el Rolling Forecast, y modelos de calidad como Lean Manufacturing, Six Sigma, Calidad Total, entre otros (Kaplan y Norton, 2008). Todos los anteriores contribuyen en el mejoramiento de los procesos claves de la organización para la ejecución de la estrategia, tanto de las iniciativas estratégicas como de los programas de mejora a los procesos.

Las siguientes etapas (5 y 6) del ciclo cerrado serán definidas en la siguientes sección, sin embargo, es importante aclarar que el alcance de la tesis solo llega hasta la etapa 3. De igual forma,

se espera que las etapas restantes sean desarrolladas en el futuro por la institución, dado que son parte fundamental de la implantación del ciclo cerrado.

Por otro lado, es importante destacar que posterior a la planificación de las operaciones se deben realizar reuniones que permitan evaluar los resultados establecidos y detectar las fallas o desviaciones de forma oportuna por lo tanto, es necesario desarrollar la etapa 5 del modelo de ciclo cerrado en la cual controla y aprende de los planes elaborados.

2.2.5. Etapa V: Controlar y aprender

El control y aprendizaje se realiza a través de reuniones de revisiones operacionales que examinan el desempeño de los departamentos y las funciones para resolver los problemas. También se discuten los indicadores y las iniciativas del BSC de la unidad y se evalúa el progreso en la ejecución de las estrategias (Kaplan y Norton, 2008).

En esta etapa se deben implementar mecanismos de control y aprendizaje, que contribuirán a identificar problemas, barreras y desafíos. Esta etapa permitirá aumentar el conocimiento del sector en el que opera la institución, sobre las fallas que tiene el sistema y lo que esperan los stakeholders de la organización. Este aprendizaje facilitará el proceso en el que la información de las operaciones y la estrategia se integran. Para esto es necesario programar reuniones de revisión, donde la participación es fundamental (Kaplan y Norton, 2008).

Por otro lado, las revisiones estratégicas son fundamentales para el éxito del sistema de control de gestión diseñado por la organización. Las reuniones se deben enfocar en la gestión operacional y estratégica para que el sistema pueda estar integrado. En este sentido, para integrar la estrategia y la operación es necesario que haya credibilidad de su implementación. Normalmente, las

organizaciones se enfocan sólo en los resultados de las operaciones del día a día y no de la estrategia (Kaplan y Norton, 2008).

La prioridad de esta etapa es la de solucionar los problemas, fallas y barreras que se presenten en el corto plazo, y dejar de lado el análisis de la estrategia. Sin embargo, es necesario probar y adaptar la estrategia ya que esta no siempre es la adecuada para la organización. A continuación se describe el propósito de la última etapa, etapa 6 del ciclo cerrado en la que se menciona que se debe realizar para probar y adaptar la estrategia (Kaplan y Norton, 2008).

2.2.6. Etapa VI: Probar y adaptar

Probar y adaptar la estrategia tiene como objetivo determinar si la estrategia es correcta y acorde a la organización. Sin embargo, en el caso de que no tenga resultados positivos, se debe cambiar y comenzar nuevamente el ciclo (Kaplan y Norton, 2008). Para esto es necesario que las organizaciones utilicen datos operacionales internos y externos, con el fin de definir si la estrategia probada fue exitosa o si necesita ser ajustada. En caso de que no haya alcanzado los resultados esperados, se debe comenzar otro ciclo del sistema.

La clave de las reuniones para aprobar y adaptar la estrategia es que el equipo ejecutivo conozca la validez de la estrategia, o la modifique o adapte con el paso del tiempo. En las reuniones de prueba y adaptación, se evalúa el mapa estratégico y el BSC, indicando el estado de la estrategia, deficiencias, o cambios macroeconómicos, normativos y tecnológicos. Estas reuniones completan la planificación estratégica del ciclo cerrado, brindando así al equipo ejecutivo la oportunidad de evaluar el desempeño de la estrategia gracias a la información de los análisis macro y micro económicos.

En las revisiones de prueba y adaptación se deben utilizar los modelos económicos y estadísticos que revelan las brechas y fallas estratégicas, y que proporcionan retroalimentación cuantitativa sobre la estrategia. Los modelos de rentabilidad y costos basados en actividades generan mapas económicos, que a la vez ilustran si la organización está ganando o perdiendo dinero.

En el siguiente capítulo se desarrollarán las primeras tres primeras etapas del ciclo cerrado propuesto por Kaplan y Norton (2008), con el objetivo de diseñar un cuadro de mando integral y su despliegue estratégico para Vital Salud IPS.

CAPITULO III: SISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN PARA VITAL SALUD

I.P.S

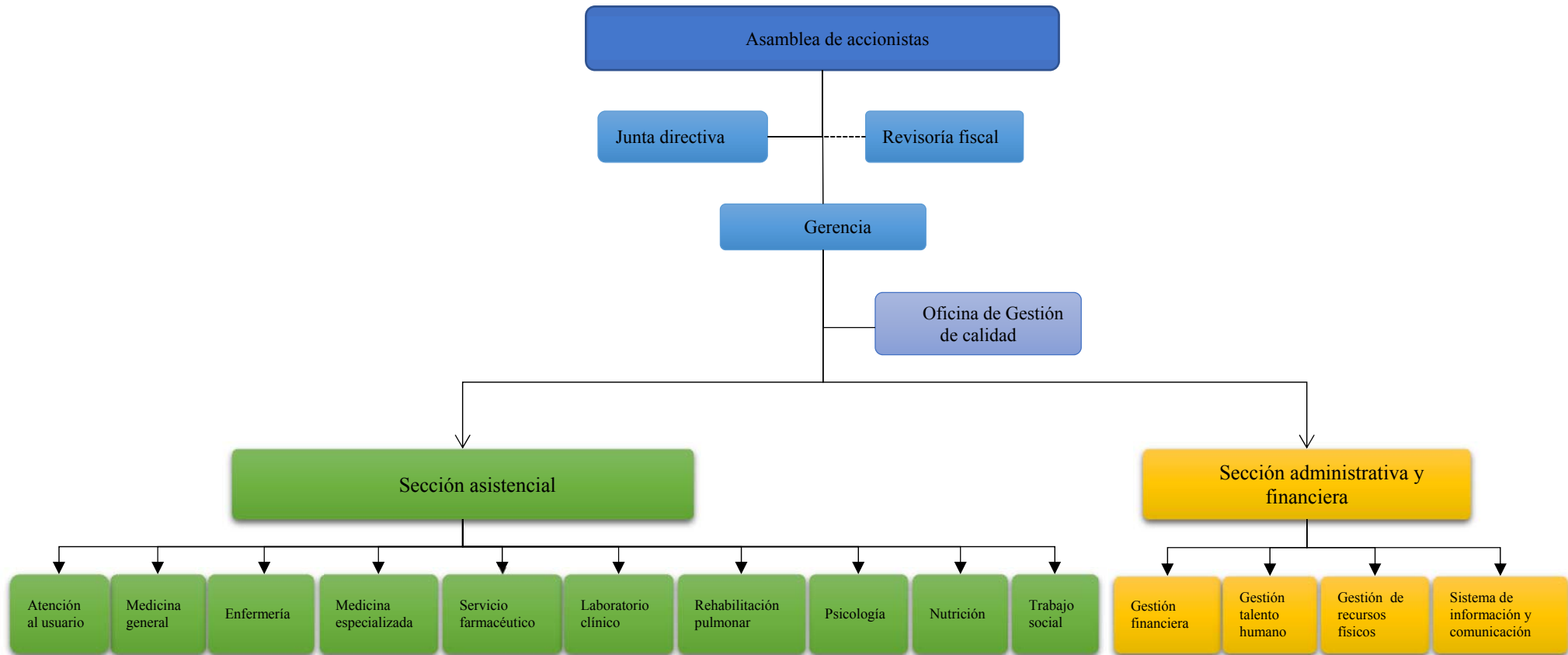
Contexto general

En el presente capítulo se desarrollarán cada una de las tres primeras etapas del ciclo cerrado propuesto por Kaplan y Norton (2008) mencionadas en el Capítulo II para Vital Salud IPS.

Los orígenes de Vital Salud IPS se remontan al nacimiento del centro médico Unidad de Salud Integral Las Delicias en el año 1990. Este centro médico contaba con tres servicios: medicina, odontología y laboratorio clínico. Once años después, en el año 2001, el centro médico se transforma en Vital Salud del Caribe IPS S.A. que actualmente –periodo correspondiente al año 2017- ofrece servicios de salud de baja y mediana complejidad ambulatoria aproximadamente a 20.000 usuarios de los cuales: 18.000 usuarios son de atención primaria integral en salud, 300 del programa de enfermedades crónicas como Artritis reumatoide (AR), 500 de enfermedades pulmonares obstructivas crónica (EPOC) y 800 usuarios del programa integral de VIH, todos son atendidos con un alto compromiso de calidad para promover, prevenir y recuperar la salud de sus usuarios y mejorar su calidad de vida. Actualmente, la institución cuenta con cincuenta empleados directos y veinte indirectos¹, entre empleados administrativos y asistenciales. La ilustración 5 presenta el organigrama que contempla las áreas funcionales de la organización.

¹Empleados directos son aquellos trabajadores con contrato de trabajo que pertenecen a la nómina de la institución. Empleado indirecto son aquellos trabajadores con honorarios por servicios prestados.

Ilustración 5: Organigrama



Fuente: Vital Salud IPS, 2016

Como se puede observar en la ilustración 5, la institución cuenta con la Asamblea de Accionistas, la cual es el máximo órgano de dirección y nombra a la Junta Directiva, al Gerente y a la revisoría fiscal. Las dos primeras se encargan de la administración y la Revisoría fiscal es encargada de la vigilancia y control. La gerencia de la institución a su vez controla las tres secciones operativas de la institución; sección asistencial, sección de gestión de calidad y sección administrativa. La sección productiva de la compañía es la sección asistencial y su propósito es atender las necesidades en salud de los usuarios de acuerdo con los lineamientos establecidos por esta.

La sección de gestión de la calidad busca mantener el cumplimiento de los estándares de calidad de la atención, para así, mejorar y optimizar los procesos claves de la institución.

Finalmente, la sección administrativa, se encarga de planificar las actividades organizacionales del personal asistencial y administrativo, organizar y estructurar la fuerza de trabajo de una manera eficiente, direccionar al personal y coordinar las actividades de la organización en conjunto para alcanzarlas metas administrativas y financieras.

La institución en el transcurso de sus años operativos ha desarrollado planes estratégicos que han guiado a la organización a un continuo crecimiento. Sin embargo, estos planes estratégicos no han sido implementados correctamente, impidiendo evaluar los resultados conseguidos. De este modo, el presente proyecto de tesis espera que, a partir del diseño e implementación de las tres primeras etapas del modelo de ciclo cerrado para Vital Salud IPS S.A, la organización logre cumplir su propuesta de valor a sus clientes.

La siguiente sección, presenta el desarrollo de las tres primeras 3 etapas del ciclo cerrado para Vital Salud IPS S.A, el cual inicia con el desarrollo de la estrategia (etapa 1), seguido de la

planificación de la estrategia (etapa 2) donde entre otros se diseña el mapa estratégico y un cuadro de mando integral. Posteriormente, se necesita alinear la organización realizando un despliegue en cascada en cada uno de los niveles de la organización (etapa 3).

3.1. Etapa I: Desarrollo de la estrategia

El sistema de gestión que propone Kaplan y Norton (2008) busca integrar la planificación de la estrategia y la ejecución operacional, el ciclo comienza con el desarrollo de la estrategia por parte de los gerentes. Durante este proceso, las empresas buscan una respuesta a tres preguntas: (1) de que negocio participa la empresa y por qué (2) cuáles son los puntos clave para la gestión estratégica y (3) con cuales ventajas competitivas puede competir mejor.

Por lo que es necesaria la construcción de las declaraciones estratégicas de misión y visión se tienen presente las definiciones de autores como De la Rosa y Lozano (2010), para la construcción de los valores se elaborará la matriz axiológica propuesta por Serna (2008).

3.1.1. Misión

A continuación, se menciona la misión “razón de ser” de Vital Salud IPS definida en el año 2016, la cual se analiza por medio de las cuatro preguntas planteadas por De la Rosa y Lozano (2010) y si es necesario se propone una mejora a dicha declaración.

Misión 2016

“Vital Salud es una institución prestadora de servicios de salud de mediana complejidad ambulatoria, a través de un modelo de atención integral a la salud, con talento humano competente y recursos apropiados, con atención humanizada y segura, comprometidos con el bienestar biopsicosocial del paciente, su familia y la comunidad” (“Vital Salud IPS S.A”, 2017).

A continuación se dará respuestas a las de cuatro preguntas propuestas por De la Rosa y Lozano (2010) para la construcción de la misión, para así poder detectar si es necesario reformular la misión.

1. ¿Qué hace la organización? Vital Salud es una institución prestadora de servicios de salud de mediana complejidad ambulatoria.
2. ¿Para qué lo hace? Vital Salud promueve el bienestar biopsicosocial, el cual está enfocado en el bienestar biológico, psicológico y social de las personas. Promover el bienestar biopsicosocial es de difícil cumplimiento, debido a que la evaluación de los aspectos psicológicos en las personas es muy subjetiva y requiere de una intervención más allá del alcance de la institución.
3. ¿A través de qué lo hace? Vital salud presta servicios a través de un modelo de atención integral que incluye una atención humanizada, segura y comprometida.
4. ¿A quién se dirige? La declaración de misión se dirige al paciente, su familia y la comunidad. Para mejores resultados clínicos es necesario que el paciente cuente con una red de apoyo que lo motive y cuide como lo es su familia y la comunidad.

Se puede concluir que la misión cumple con los criterios para su construcción, sin embargo, el compromiso biopsicosocial es alcanzable cuando se interviene a los pacientes a través de estrategias interinstitucionales (participación de varias entidades estatales y no estatales) lo cual es complejo, porque no depende solo de la institución, y se estaría incumpliendo la declaración de misión de 2016.

Sin embargo, la institución al aplicar un modelo de atención integral - Se define como la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la recuperación y rehabilitación

en la salud, para las personas- con el propósito de que el paciente sea intervenido por diferentes profesionales de la salud, obteniendo como resultado un mayor conocimiento de su enfermedad, una mejor calidad en la atención y mejores resultados clínicos.

Analizada esta situación se propone una nueva misión que ha sido ajustada y discutida con el equipo directivo de la organización, quedando de la siguiente manera:

“Vital Salud es una institución que presta servicios de salud de mediana complejidad ambulatoria en la ciudad de Barranquilla, a través de un modelo de atención integral con talento humano competente para brindar un servicio humanizado y seguro, siempre comprometida con la satisfacción y el bienestar de sus pacientes”

Para poder validar la misión propuesta anteriormente se dará respuesta a las preguntas propuestas por De la Rosa y Lozano (2010).

1. ¿Qué hace la organización? Presta servicios de salud de mediana complejidad ambulatoria.
2. ¿Para qué lo hace? Para la satisfacción y el bienestar de sus pacientes
3. ¿A través de qué lo hace? A través de un modelo de atención integral con un Talento humano competente.
4. ¿A quién se dirige? A todos los pacientes de la ciudad de Barranquilla.

Luego de definir la misión de la organización, es necesario definir la ambición a futuro de la organización, es decir la visión.

3.1.2 Visión

La declaración de visión que posee la institución actualmente fue creada en el año 2012 con un horizonte de tiempo al año 2017, por lo que se espera que este año se evalúen los resultados obtenidos de la planeación realizada hace cinco años. A continuación, se analiza si la construcción de la visión planteada hace cinco años cumple con las cuatro preguntas propuestas por De la Rosa Alburquerque y Lozano Carrillo (2010): ¿Qué deseamos lograr? ¿Cómo queremos que nos describan? ¿Cuáles son nuestros valores? ¿Qué valores queremos que nos distingán? ¿Hacia dónde queremos cambiar?

Visión 2012

“En el 2017 ser el primer referente en la costa Atlántica en programas de atención integral a la salud familiar” (“Vital Salud IPS S.A”, 2017).

La visión del año 2012 solo da respuesta a la pregunta: ¿Qué deseamos lograr? respondiendo que quiere ser el primer referente en la costa Atlántica en programas de atención integral a la salud familiar. Las otras preguntas no se responden con claridad de esta definición de visión.

Por lo que se propone formular una visión que conteste todas las preguntas planteadas para su construcción.

Además, es importante considerar además que la institución en el transcurso del año 2012 al 2017 implementó una estrategia que la ha llevado a ser referente en la Costa Atlántica en la atención integral de enfermedades crónicas a personas, sin embargo, no fue específicamente en programas de salud familiar como lo planteaba la visión.

Los cambios de direccionamiento de la salud en el país por parte del MSPS, han provocado cambios en el modelo de salud, estos están enfocados en la gestión del riesgo de las enfermedades crónicas de alto costo, por lo que hoy la institución se enfoca en ser referente en un modelo de atención en salud para programas de enfermedades crónicas de alto costo como son VIH, artritis, cardiovasculares y pulmonares.

Con base a lo antes planteado, se propone una nueva visión de la siguiente manera:

Visión propuesta:

“Ser reconocido en el año 2022 por todos aquellos con quienes tenemos contacto como uno de los primeros cinco centros especializados de referencia a nivel nacional en el tratamiento de enfermedades crónicas, respaldado por una gestión eficiente e investigación clínica de punta basada en un modelo de atención integral en salud, apoyado por un capital humano de alta competencia y calidez”

Para efectos de la mejora de la visión, se respondieron cinco preguntas realizadas por De la Rosa y Lozano:

1. ¿Qué deseamos lograr? Ser reconocido como un centro de excelencia en el tratamiento de enfermedades crónicas a nivel nacional
2. ¿Cómo queremos que nos describan? Como una entidad de gestión eficiente e investigación clínica de punta.
3. ¿Cuáles son nuestros valores? Sentido de sacrificio por el servicio, sentido de pertenencia, responsabilidad social, honestidad, compromiso con la excelencia, austeridad económica, respeto

por la calidad humana, comunicación asertiva, trabajo en equipo y crecimiento de la persona como individuo.

4. ¿Qué valores queremos que nos distingan? Compromiso con la excelencia y respeto por la calidad humana.

5. ¿Hacia dónde queremos cambiar? Hacia un modelo de atención integrado por redes o puntos de atención ubicadas de forma estratégica en la ciudad.

Ya teniendo claro el propósito de la compañía, es decir, su misión y las aspiraciones de sus resultados futuros (visión). Es necesario identificar la brújula interna que guiará las acciones de la organización por medio de sus valores (Kaplan y Norton, 2008), por lo que en el siguiente apartado se identificarán los valores centrales de la organización.

3.1.3 Valores

Los valores centrales rigen el actuar de la empresa, estos sustentan la cultura y las buenas prácticas al interior de la organización, además deben estar presentes de manera transversal entre los miembros de la empresa. Para identificar los valores centrales se elaboró una matriz axiológica propuesta por Serna (2008) La matriz axiológica se muestra en la tabla 1.

Para elaborar la matriz, se debe definir:

- Los valores que promuevan la cultura organizacional de la institución.
- Los grupos de interés que interactúan con la organización en la operacionalización y el logro de objetivos.

Tabla 1: Matriz axiológica

Valores	EPS	Paciente	Empleados	Proveedores	Accionistas	Sociedad	Estado	Familia
Sentido de sacrificio por el servicio		X	X					
Sentido de pertenencia			X		X			
Responsabilidad social		X	X			X	X	X
Honestidad	X	X	X	X	X	X	X	X
Compromiso con la excelencia	X	X	X	X				X
Austeridad económica			X					
Respeto por la calidad humana	X	X	X	X	X	X	X	X
Comunicación asertiva	X	X	X	X	X	X	X	X
Trabajo en equipo	X	X	X		X			X
Crecimiento de la persona como individuo		X	X		X			

Fuente: Elaboración propia

Los valores centrales que regirá la institución fueron elegidos por medio de reuniones convocadas por la alta gerencia a los directivos y líderes de las diferentes áreas de la organización. Utilizando la matriz axiológica se definieron los siguientes principios y valores centrales:

1. Sentido de sacrificio por el servicio: Realizar un esfuerzo extraordinario para alcanzar un beneficio mayor por nuestros pacientes, el cual vence los gustos, intereses y comodidades propias.
2. Sentido de pertenencia: La institución desea que todos y cada uno de sus empleados se sientan parte Vital de la organización, compartan, respeten y preserven su patrimonio moral y contribuyan a su crecimiento y consolidación.

3. Responsabilidad social: Contribuir al desarrollo del país y de la sociedad en general, dándole cumplimiento a la normatividad vigente que permita disminuir el impacto negativo a la comunidad.
4. Honestidad: El comportamiento de los colaboradores estará enmarcado en toda circunstancia bajo actos de sinceridad y transparencia.
5. Compromiso con la excelencia: Deseamos actuar según los estándares de calidad nacionales e internacionales y los definidos por la organización.
6. Austeridad económica: Consiste en el uso eficiente de los recursos disponibles.
7. Respeto por la calidad humana: La institución respeta las creencias y derechos de los ciudadanos, de sus clientes y colaboradores en todos los niveles de su vida personal y familiar, su creencia y principios, como también su vida profesional.
8. Comunicación asertiva: La organización se compromete a desarrollar una comunicación que permita decir lo que se piensa y actuar en consecuencia, haciendo lo que se considera más apropiado para alcanzar un mejor entendimiento entre sus colaboradores que lo lleven a encontrar soluciones oportunas.
9. Trabajo en equipo: Es compartir conocimientos, experiencias y esfuerzos, aportando lo mejor de cada uno y asumiendo responsabilidades para la consecución de un objetivo común, promoviendo el enriquecimiento mutuo donde el trabajo de cada uno es trabajo de todos.
10. Crecimiento de la persona como individuo: Ofrecer oportunidad de desarrollo basado en el aprendizaje, brindar oportunidades de crecimiento dentro de los parámetros de eficiencia y eficacia, así como retribuirlo justamente.

Los diez valores mencionados anteriormente, son los que caracterizan a la organización, sin embargo, los que se consideran como valores centrales son: Sacrificio por el servicio - Compromiso con la excelencia - Respeto por la calidad humana - Comunicación asertiva - Trabajo en equipo.

Posterior a las definiciones de misión, visión y valores, las cuales caracterizan la organización. Es fundamental analizar el entorno interno y externo, por medio de un análisis estratégico que identifique las oportunidades, amenazas, debilidades y fortalezas de la organización.

3.1.2. Análisis estratégico

El análisis estratégico está compuesto por el análisis del entorno externo (macro y micro entorno) y del entorno interno. Los análisis de estos dos componentes son necesarios para detectar oportunidades o amenazas que puedan afectar a la organización, y contribuyen al desarrollo de un diagnóstico para la formulación estratégica.

El análisis externo considera el posible impacto en el desempeño de la compañía de factores tales como el entorno económico, el entorno social, entorno político, entorno tecnológico y entorno ecológico y nivel competitivo de la industria. El resultado del análisis externo se traduce en un conjunto de oportunidades y amenazas que se derivan del entorno. El análisis interno, por su parte, considera el diagnóstico del estado actual de los activos o recursos que la organización posee, y de la forma en que los procesos que gestiona agregan o destruyen valor a los clientes de la compañía (capacidades). Típicamente, del análisis interno se derivan el conjunto de fortalezas y debilidades que la organización posee en un momento del tiempo.

3.1.2.1. Análisis externo

El entorno en el que las organizaciones desarrollan sus actividades impacta en su desempeño de diversas formas. La estabilidad política del lugar donde opera una empresa, por ejemplo, disminuye

de manera importante la incertidumbre que toda organización debe enfrentar. Por el contrario, una mayor vehemencia de los competidores al momento de disputarse los ingresos provenientes de los consumidores aumenta el grado de incertidumbre presente en el negocio. En el primer caso, la menor incertidumbre es provocada por el macro entorno de la empresa. En el segundo caso, la mayor incertidumbre proviene de su micro entorno.

3.1.2.1.1. Análisis del macro entorno

El análisis del entorno externo evalúa el entorno macro, como el crecimiento económico, las tasas de interés, los movimientos cambiarios, los precios de los factores de producción, la normativa y las expectativas generales de la organización en la sociedad, como también los aspectos legales que puedan afectar a la empresa, tales como las leyes antimonopolio, las normativas de precios, impuestos, legislación salarial, entre otros. Estos factores pueden ser identificados a través del análisis Pestel.

3.1.2.1.1.1. Análisis Pestel

Para examinar el macro entorno donde está inserta una organización, podemos hacer uso del análisis PESTEL, que contribuirá a identificar oportunidades y amenazas, a través del análisis de los factores políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ecológicos y legales, que sean atinentes a la empresa a analizar.

3.1.2.1.1.1. Análisis político

Colombia es un país con un gobierno descentralizado y un sistema político democrático. Su sistema administrativo se divide en entidades departamentales, municipales y distritales, los cuales traspasan sus asuntos particulares al poder central mediante diferentes entes territoriales según su competencia. En cuanto a su sistema fiscal, las diferentes entidades participan en los ingresos

corrientes de la nación, a la vez que son autónomos en el establecimiento de los tributos necesarios para el cumplimiento de sus funciones (Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 2005).

En cuanto a su sistema político, la República de Colombia está dividida en las ramas del poder público, como la ejecutiva, la legislativa y la judicial; y los organismos estatales, como los de control, electorales y otros (ver ilustración 6).

Ilustración 6: Estructura política de la República de Colombia.



Fuente: Constitución Política de Colombia, Banco de la Republica de Colombia (1991)

Sin embargo, a pesar de que Colombia es un Estado de derecho, con una estructura política definida y una democracia estable -al igual que la mayoría de las naciones de la región-, el país ha sido víctima de la violencia en las últimas décadas, lo que ha producido grandes estancamientos y falta de desarrollo.

Como si de una enfermedad epidémica se tratase, la violencia se expandió por todo el país, incluyendo la región de la Costa Caribe y también, aunque en menor grado, en el departamento del Atlántico y su capital Barranquilla. Por más de veinte años, paramilitares, guerrilleros y narcotraficantes se tomaron a la fuerza los pocos recursos disponibles de la zona, con la complicidad de algunos sectores políticos, hasta el punto de que bienes públicos como la salud llegaron a estar bajo sus mandos. Esto causó que las metas de cobertura universal en seguridad social, planteada por la Ley 100 de 1993, no se cumplieran a nivel nacional ni regional, lo que se debe en parte a la violencia, corrupción y mal manejo de los recursos económicos (La Paz, 2005).

La institución Vital Salud IPS no ha sido ajena a estos conflictos externos y sus consecuencias, produciéndose en ella un estancamiento en su desarrollo institucional, donde su principal enfoque no estuvo en el crecimiento, sino en cómo mantenerse en un mercado de la salud convulsionado por el contexto político, social y económico del país.

Desde su fundación en 2001, Vital Salud IPS ha tenido que lidiar con toda clase de cambios estructurales, debido a las constantes modificaciones en las políticas de salud pública del país. Entre ellas se encuentra el Decreto 1020 del 2007, donde en su artículo se establece que “es obligación de las entidades promotoras de salud (EPS) del Régimen Subsidiado, contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado (ESE), incluyendo las actividades de promoción y prevención”. Este decreto nace de parte del gobierno para evitar el colapso financiero de la red pública, puesto que las EPS se negaban a contratar servicios en ella.

Como resultado de esta modificación, las EPS privadas se enfocaron más en contar con programas de atención integral para patologías crónicas y de alta complejidad, que en contratar

actividades de prevención de enfermedades y de recuperación de la salud de baja y mediana complejidad con instituciones prestadoras de salud (IPS) privadas.

Este tipo de políticas establecidas por el gobierno fueron contrarias a los derechos dictados por la Ley 100 de 1993, que establece como uno de sus principios base la libre elección por parte del usuario del asegurador (EPS) y del prestador de salud (IPS), sea este público o privado. Por esta razón, es importante que el gobierno implemente nuevas políticas que permitan reducir las inequidades sanitarias en salud, como por ejemplo otorgar la cobertura universal, situar al individuo en el centro de la prestación de servicios, integrar la salud en las políticas públicas de todos los sectores y tener un liderazgo integrador en pro de la salud. Entre los elementos esenciales para el desarrollo de estas políticas de equidad se encuentran la sostenibilidad, responsabilidad y rendición de cuentas; orientación hacia la calidad; respuesta a las necesidades de salud de la población; atención integral, integrada y continua; además de políticas y programas por la equidad (OMS, 2008). Los elementos mencionados anteriormente proporcionan una base para que instituciones de salud tanto públicas como privadas cambien la forma en la cual prestan sus servicios y a desarrollar estrategias que mejoren la calidad de la atención.

Con el fin de lograr la equidad antes planteada, y tomando en cuenta las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008, se establecen nuevas políticas en el país, entre las que destaca la Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud a través de la Ley 1438 de 2011, que plantea, entre otros puntos, la disminución de la incidencia (presentación de nuevos casos) de enfermedades crónicas no transmisibles, que son, en general, las precursoras de eventos de alto costo. Metodológicamente, dos temas instrumentales servirán para la reorientación de esta nueva fase de la reforma: las redes integradas de servicios de salud (RISS) y la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) (Franco-Giraldo, 2012).

Estas políticas de atención integral tienen como objetivo general orientar el sistema hacia la generación de mejores condiciones de salud para la población, a través de la regulación de las condiciones de intervención de los agentes, para finalmente lograr el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, para así garantizarla como un derecho" (Minsalud, 2016).

Sin embargo, a pesar de estas reformas, existen barreras de oferta y demanda para acceder al sistema de salud. Entre las barreras de oferta se encuentran aspectos organizacionales o institucionales, como una gran cantidad de trámites para acceder a las citas médicas, que las personas no reciban atención cuando se dirigen a un centro de salud, o las falencias en la calidad de los servicios. Asimismo, existen barreras de oferta relacionadas con la disponibilidad de recursos médicos y la lejanía de los centros de atención en salud, lo que afecta en su mayoría a los más pobres y vulnerables de la población (Ayala, 2014).

A partir de lo anterior, se puede deducir que hay fuertes oportunidades en cuanto al crecimiento del mercado, para instituciones privadas como lo es Vital Salud IPS. Por ende, deben tomar en consideración, dentro de sus planes de desarrollo, la apertura de nuevas sedes que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud. Vale destacar que, dentro de las oportunidades de crecimiento para los prestadores de salud, se encuentra el establecimiento de programas de salud integral, mediante centros especializados en diferentes zonas de la ciudad.

Por otro lado, es importante tener presente que Colombia se encuentra iniciando una nueva etapa de esperanza con los acuerdos de paz, que han permitido la desmovilización de los paramilitares y, últimamente, de la guerrilla. Tal como lo expresara el sociólogo Howard Becker, una vez que las sociedades terminan sus conflictos y alcanzan una etapa de postconflicto -o logran crear tales

espacios-, enfrentan la opción de iniciar (o no) acciones de construcción de paz, dentro de las cuales se incluyen aquellas dirigidas a lograr una mayor estabilidad política. Dicha estabilidad se entiende como la aceptación tácita o explícita, de parte de los ciudadanos, de los mecanismos legales existentes como única vía para dirimir controversias sobre decisiones públicas (Becker, 1990).

De acuerdo con lo expuesto previamente, es necesario que las reformas aprobadas den respuestas adecuadas a los desafíos de los próximos 10 años, considerando como ejes esenciales los compromisos internacionales en términos de metas en salud pública, el marco establecido en el ya presentado Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, y el desarrollo y aplicación efectiva de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

En este sentido, Vital Salud IPS debe estar preparada ante los posibles desafíos que conlleve el postconflicto en el ámbito de la cobertura en salud, como lo es el aumento de la descomposición social del sector en el que presta sus servicios. De hecho, para la organización surge como una oportunidad el iniciar programas asociados a salud mental, que son cada vez más necesarios para atender a las personas que han vivido situaciones de violencia.

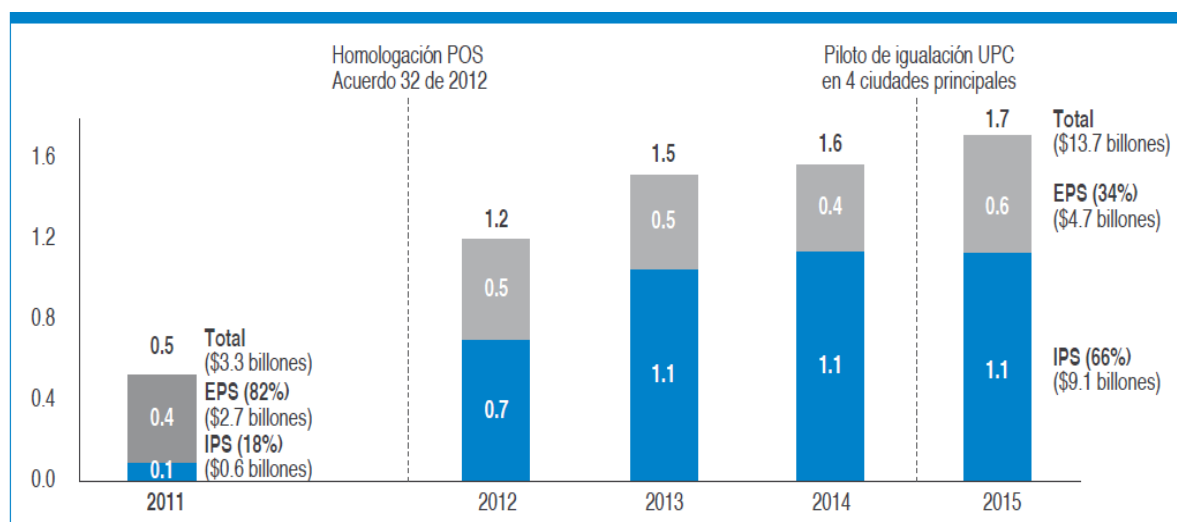
3.1.2.1.1.2. Análisis económico

Todos los eventos de tipo político previamente expuestos han causado dificultades económicas e incertidumbre en los mercados, sobre todo en cuanto a nuevas inversiones en el sector de la salud, tanto pública como privada.

El Decreto 971 de 2011, que reglamenta el mecanismo de giro directo de los recursos desde el Ministerio de Protección Social hacia las EPS o IPS, modificó la dinámica financiera que ha tenido el sistema de salud en los últimos años (ver ilustración 7) (Núñez, 2012). Bajo este sistema se producían demoras en la liberación de los recursos económicos al ser los entes territoriales quienes

manejaban los subsidios y los giraban a las EPS que, a su vez, pagaban servicios a las IPS. Los atrasos en los pagos alcanzaban incluso los dos años y sin flujo de recursos, lo que produjo una gran crisis económica en el sector. La nueva reglamentación benefició directamente a las Instituciones Prestadoras de Salud, ya que los recursos no debían transitar por los entes territoriales o las EPS, pudiendo recibir el pago de sus servicios en un tiempo menor.

Ilustración 7: Evolución del giro directo del Régimen Subsidiado (% del PIB, 2011-2015)



Fuente: Análisis macroeconómico y sectorial: coyuntura y perspectivas, Banco de Occidente (Diciembre – 2016).

En la última década, Colombia ha sido uno de los pocos países de la región que ha mantenido buenos indicadores económicos (tabla 2). Según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), su economía creció cerca de 4.3% entre 2009 y 2014, más del doble que el promedio de la región. Lo anterior fue impulsado por un aumento del 70% en términos de intercambio, tras la crisis financiera del 2008. Sin embargo, el 2016 se clasificó como un año de alta incertidumbre, debido en parte a la fuerte volatilidad de los mercados y a la desaceleración económica (OCDE, 2017).

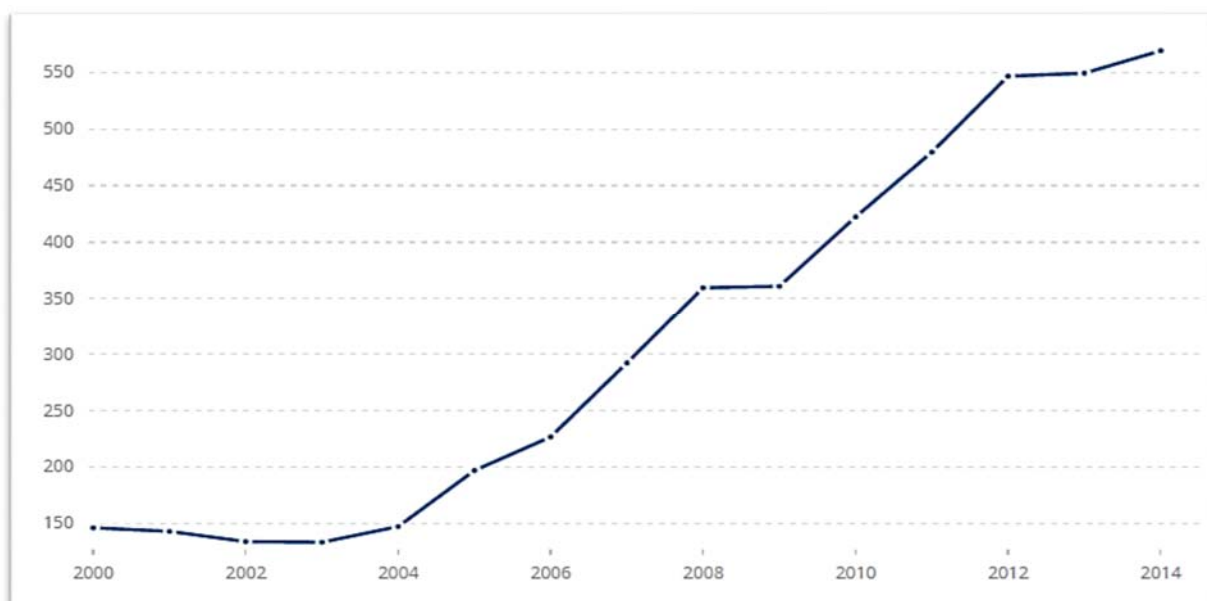
Tabla 2: Indicadores económicos de Colombia

	2000	2010	2013	2015	2016
PIB					
PIB (US\$ Millones)	99.899	287.121	380.169	291.592	272.010
Crecimiento Económico	2,9	4,0	4,9	3,1	2,0
PIB per cápita (US\$)	2.518	6.309	8.068	6.049	5.583
Comercio Exterior					
Exportaciones (US\$ Millones)	13.158	39.713	58.824	35.691	28.940
Industriales (US\$ Millones)	4.073	18.323	21.724	15.923	15.121
Importaciones (US\$ Millones)	11.757	40.486	59.381	54.958	43.435
Reservas Internacionales	9.004	28.452	43.633	46.731	46.742
Reservas de Importaciones	9,2	8,4	8,8	10,4	12,9
Inversión					
Inversión (% del PIB)	14,5	24,5	27,8	29,6	27,8
Inversión extranjera directa IED (US\$ Millones)	2.436	6.430	16.211	11.732	12.545
IED (% del PIB)	2,4	2,2	4,3	4,0	4,6
Deuda (% del PIB)					
Deuda Externa Total (% del PIB)	36,2	22,5	24,2	38,1	41,0
Deuda Pública GNC (% del PIB)	35,0	37,2	35,1	42,6	46,7
Entorno Macroeconómico					
Inflación	8,8	3,2	1,9	6,8	6,0
Interés de captación (promedio)	12,1	3,7	4,2	4,6	6,8
Mercado laboral					
Tasa de pobreza	15,0	37,2	30,6	27,8	
Índice de Gini	0,570	0,560	0,539	0,522	

Fuente: Balance 2016 y perspectivas 2017, Asociación Nacional de Industriales de Colombia(ANDI), 2016.

A pesar de la desaceleración económica del país en los últimos cuatro años, el sector salud ha ido recuperando la confianza. Así es como en Colombia ha aumentado la inversión en infraestructura, sobre todo en el sector privado, con nuevas clínicas y centros de salud especializados. En ese sentido, el país también ha realizado importantes esfuerzos en aumentar la cobertura en salud para toda la población, pasando de un gasto en esta materia del 5,9% del PIB en el 2000 al 7,2% para el 2014 (ver ilustración 8).

Ilustración 8: Gasto total en salud en Colombia (% del PIB)



Fuente: Gasto en salud, Banco Mundial (2014).

En el caso de prestadores de salud, estos avances en cobertura para el Régimen Subsidiado han significado una oportunidad de crecimiento. Esto porque los servicios de salud ofertados por la red pública presentan dificultades en su calidad y mal manejo de recursos, lo que repercute en una mayor demanda de servicios de prestadores privados, sobre todo de mediana y alta complejidad. No obstante, vale destacar también que esta situación ocasiona trastornos por el aumento de la demanda en servicios, donde se deben generar respuestas rápidas para la satisfacción de los usuarios.

El crecimiento de las coberturas en salud, el mejoramiento en el flujo de recursos y la oportunidad de pagos a las EPS en el Régimen Subsidiado, ponen a este sector del mercado en una posición atractiva para la entrada de nuevos competidores, ya sean empresas nacionales o internacionales, que amenacen con llenar los vacíos existentes si no existe una rápida respuesta de las IPS locales. De hecho, algunas compañías establecidas en la zona norte de la ciudad ya han

comenzado a abrir nuevas sedes en el sur, compitiendo así con empresas que estaban en el lugar desde hace más tiempo. Instituciones como Vital Salud IPS se enfrentarán a grandes retos en los años venideros, por lo que se torna fundamental que desarrolle estrategias que le permitan seguir compitiendo en el mercado de la salud, sobre todo en un contexto donde las EPS están ganando cada vez más poder para negociar con las IPS.

Para que las empresas de salud puedan seguir compitiendo, además de un recurso humano calificado, requieren de alta tecnología (sobre todo en medios de diagnóstico, como tomógrafos, RX, resonadores magnéticos, entre otros). El problema está en que este tipo de tecnología no se produce en el país y hay que importarla, y esto se vuelve aún más complicado en un contexto donde la fluctuación de la moneda, en los últimos cuatro años, se ha mantenido cercana a los tres mil pesos (ver ilustración 9) y donde Colombia, que basa gran parte de su economía en el petróleo, se ha visto afectada por la baja internacional de su precio.

Ilustración 9: Comportamiento de la inflación y tipo de cambio.

Periodo	Medidas de inflación				Tasa de cambio y devaluación		
	Meta de inflación 1/	Inflación al consumidor (IPC)	Inflación básica (IPC sin alimentos)	Inflación del productor (IPP) 3/	TRM	Devaluación nominal	Devaluación real 2/
2000	10,00	8,75	9,30	11,04	2.229,18	18,97	6,76
2001	8,00	7,65	6,48	6,93	2.291,18	2,78	-5,08
2002	6,00	6,99	5,35	9,28	2.864,79	25,04	13,73
2003	6,00	6,49	7,01	5,72	2.778,21	-3,02	4,27
2004	6,00	5,50	5,52	4,64	2.389,75	-13,98	-10,88
2005	5,00	4,85	4,12	2,06	2.284,22	-4,42	-2,52
2006	5,00	4,48	3,95	5,54	2.238,79	-1,99	0,12
2007	4,00	5,69	4,43	1,27	2.014,76	-10,01	-0,67
2008	4,00	7,67	5,11	9,00	2.243,59	11,36	-2,70
2009	5,00	2,00	2,91	-2,18	2.044,23	-8,89	-2,79
2010	3,00	3,17	2,82	4,37	1.913,98	-6,37	-3,93
2011	3,00	3,73	3,13	5,51	1.942,70	1,50	-1,08
2012	3,00	2,44	2,40	-2,95	1.768,23	-8,98	-2,74
2013	3,00	1,94	2,36	-0,49	1.926,83	8,97	6,17
2014	3,00	3,66	3,26	6,33	2.392,46	24,17	7,55
2015	3,00	6,77	5,17	9,57	3.149,47	31,64	13,55
2016	3,00	5,75	5,14	1,62	3.000,71	-4,72	-8,18
		Información mensual			Información mensual		
Jul-15	3,00	4,46	3,98	6,44	2.866,04	53,07	21,57
ago-15	3,00	4,74	4,20	8,05	3.101,10	61,63	28,35
sep-15	3,00	5,35	4,58	8,70	3.121,94	53,91	25,19
oct-15	3,00	5,89	4,75	8,20	2.897,83	41,32	17,78
nov-15	3,00	6,39	5,05	8,94	3.101,10	40,56	14,70
dic-15	3,00	6,77	5,17	9,57	3.149,47	31,64	13,64
ene-16	3,00	7,45	5,54	10,00	3.287,31	34,67	13,20
feb-16	3,00	7,59	5,88	11,01	3.306,00	32,40	17,27
mar-16	3,00	7,98	6,20	8,56	3.022,35	17,32	8,80
abr-16	3,00	7,93	6,02	8,58	2.851,14	19,39	7,60
may-16	3,00	8,20	6,07	9,96	3.069,17	21,13	7,02
Jun-16	3,00	8,60	6,31	9,64	2.916,15	12,81	2,59
Jul-16	3,00	8,97	6,26	8,38	3.081,75	7,53	-2,80
ago-16	3,00	8,10	6,10	4,89	2.933,82	-5,39	-7,29
sep-16	3,00	7,27	5,92	3,38	2.879,95	-7,75	-8,22
oct-16	3,00	6,48	5,64	3,48	2.967,66	2,41	-3,69
nov-16	3,00	5,96	5,31	3,91	3.165,09	2,06	0,21
dic-16	3,00	5,75	5,14	1,62	3.000,71	-4,72	-6,99
ene-17	3,00	5,47	5,26	0,88	2.936,66	-10,67	-6,79
feb-17	3,00	5,18	5,17	-0,17	2.896,27	-12,39	-8,72
mar-17	3,00	4,69	5,13	0,55	2.880,24	-4,70	-2,43
abr-17	3,00	4,66	5,60	0,39	2.947,85	3,39	-0,18
may-17	3,00	4,37	5,35	-0,16	2.920,42	-4,85	2,54
Jun-17	3,00	3,99	5,12	-0,83	3.038,26	4,19	3,84
Jul-17	3,00	3,40	4,79	-0,30	2.995,23	-2,81	7,82
					Información semanal		
Jul-28-17					3.002,94	-2,30	
ago-04-17					2.954,54	-5,01	
ago-11-17					2.994,85	1,35	
ago-18-17					2.980,03	2,12	
ago-25-17					2.972,98	1,18	

Fuente: Información recopilada y calculada por el Departamento Técnico y de Información

Económica del Banco de la República (2017)

El momento histórico que se encuentra viviendo el país con los acuerdos de paz podría generar una mayor productividad y mejores dividendos económicos y sociales. Esto porque la desaparición de los grupos armados potenciaría el crecimiento económico por, entre otras cosas, una reducción en la destrucción de bienes materiales y de capital humano, una mayor confianza y cohesión social, y menos recursos desviados hacia gastos militares relacionados con el conflicto armado (OCDE, 2017).

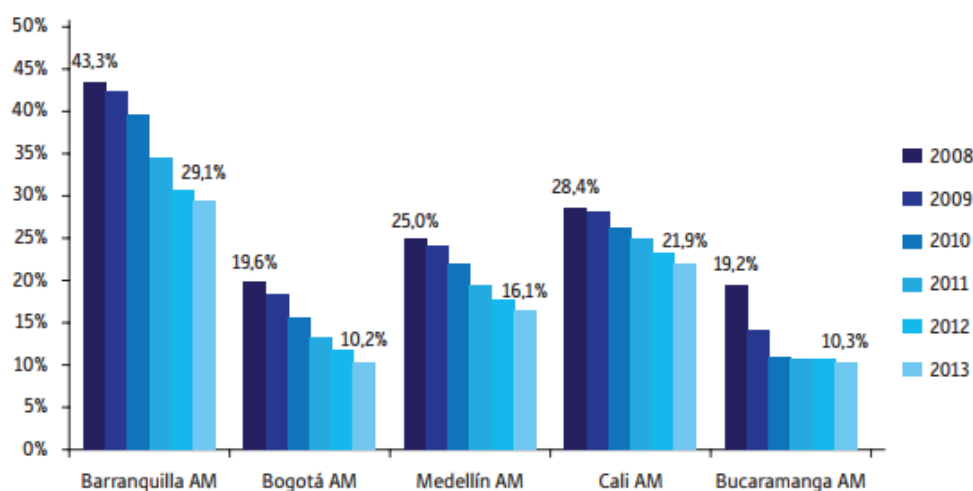
Todo esto impacta positivamente a las instituciones prestadoras de servicios de salud, ya que con mayores recursos el país puede aumentar sus inversiones en infraestructura, tales como vías, acueductos, alcantarillados, viviendas para los segmentos de población más vulnerable, entre otros. La economía también se reactiva al aumentar las tasas de empleos y, tras la consiguiente mayor demanda de servicios, también se torna necesario ampliar la cobertura en salud y contar con más centros especializados. Por esta razón, las IPS debe estar alerta a los cambios del mercado, preparándose para ampliar sus servicios para poder seguir compitiendo sin importar si se presentan nuevos entrantes.

La actividad económica en el país pasó de crecer 4,4% en 2014, a 3,1% en 2015 y 2% en 2016 (Banco de la República de Colombia, 2017). El crecimiento económico de un país está relacionado con su productividad y tasas de empleo, donde la tasa de desempleo es un indicador que permite medir la cantidad de personas que se encuentran desocupadas entre la población económicamente activa. Si la tasa de desempleo se reduce, más personas se afilian a las EPS en Régimen Contributivo, generando mayores ingresos al sistema de salud en general y asegurando su sostenibilidad a largo plazo.

A pesar de que actualmente la economía del país no está creciendo de manera significativa, el gobierno ha incentivado la formalización del empleo, afiliando a una mayor cantidad de personas al Régimen Contributivo. A su vez, las EPS del Régimen Subsidiado fueron autorizadas a asegurar en el Régimen Contributivo, evitando de esta forma que las personas quedaran fuera del sistema por la movilización de un régimen a otro. En el caso de Vital Salud IPS esto ha significado un crecimiento, pasando de no atender a usuarios del Régimen Contributivo a contar con el 15% del total de sus usuarios bajo este sistema.

Adicionalmente, el principal indicador para medir la pobreza monetaria es el Índice de Incidencia (ver ilustración 10). Este indicador determina qué individuos pueden considerarse como vulnerables respecto al total de la población, al no tener los ingresos suficientes para adquirir una canasta básica de bienes y servicios que garanticen unas condiciones mínimas de vida.

Ilustración 10: Evolución de la incidencia de la pobreza monetaria, principales áreas metropolitanas, 2008 – 2013



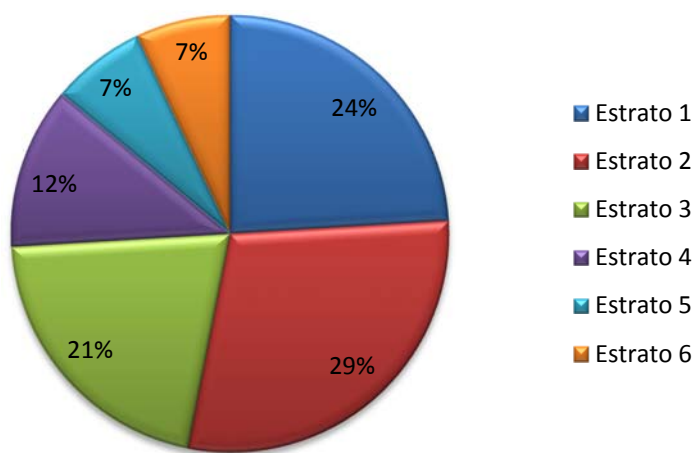
Fuente: Encuesta “Barranquilla Cómo Vamos (2017)”

Otro aspecto por considerar es la clasificación por estratos socioeconómicos, que se determinan a partir de la ubicación de los inmuebles residenciales que cobran de manera diferencial subsidios públicos y contribuciones. De esta manera, quienes tienen una mayor capacidad económica pagan más por los servicios públicos, contribuyendo así a que los estratos más bajos puedan costear las facturas de sus servicios consumidos. Se realiza esta estratificación porque Colombia es un Estado Social de Derecho que se fundó, entre otros principios constitucionales, en la solidaridad y redistribución del ingreso de las personas que lo integran (DANE, 2017).

Los estratos socioeconómicos en los que se pueden clasificar las viviendas y/o los predios son: bajo-bajo (1), bajo (2), medio-bajo (3), medio (4), medio-alto (5) y alto (6). Los estratos 1, 2 y 3 albergan a los usuarios con menores recursos que obtienen subsidios en los servicios públicos domiciliarios, de salud, educación y vivienda; el estrato 4 no es beneficiario de subsidios, ni debe pagar contribuciones adicionales, por lo que paga exactamente el valor que la empresa define como el costo de la prestación del servicio; y los estratos 5 y 6, que corresponden a los más altos, que es donde se concentran los individuos que pagan una contribución por sobre el valor de los servicios públicos domiciliarios para subsidiar a los que no pueden pagar (DANE, 2017).

A continuación, se muestra la distribución de los predios residenciales en la ciudad de Barranquilla (ver ilustración 11) de acuerdo con su estrato socioeconómico. La mayor participación la tiene el estrato 2, que representa el 29,1% de los predios; en segundo lugar, se ubica el estrato 1 correspondiente al 24,4% de las viviendas; luego, el estrato 3 con el 21,2% del total; y finalmente, con una proporción menos significativa, se encuentran los estratos 4, 5 y 6 con participaciones de 11,7%, 6,7% y 6,8%, respectivamente (EDUBAR S.A., 2012).

Ilustración 11: Distribución de viviendas por estrato de la ciudad de Barranquilla.



Fuente: Estudio socioeconómico, EDUBAR S.A. (2012).

Como podemos observar, el 75% de la población de Barranquilla se encuentra en los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3. Durante los más de 15 años de vida de Vital Salud IPS, la institución ha prestado sus servicios de salud en esta área de influencia, en especial en la localidad Metropolitana que cuenta con 23 barrios y en la localidad Suroccidente que tiene 67. Actualmente, la institución cuenta con sólo una sede de atención para las dos localidades, por lo que se hace necesaria la apertura de nuevas sedes en ubicaciones estratégicas para cubrir a una mayor parte de la población, sobre todo ante las expectativas de los usuarios del Régimen Contributivo, ya que al pagar un adicional tienen exigencias y expectativas más altas en cuanto a la calidad de la atención, buscando acceder a centros de salud de mediana y alta complejidad que estén próximos a sus hogares.

3.1.2.1.1.3. Análisis social

Colombia es el tercer país más poblado de Latinoamérica con 44.977.758 habitantes, según las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, DANE (2009). El departamento del Atlántico tiene 2.284.840 habitantes y Barranquilla con su Área Metropolitana (Malambo, Soledad, Puerto Colombia y Galapa) tiene una población de 1.872.326 personas (82% del total del Atlántico), convirtiéndose en la más habitada de la región Caribe y la cuarta a nivel nacional (Barranquilla, Cómo vamos, 2017).

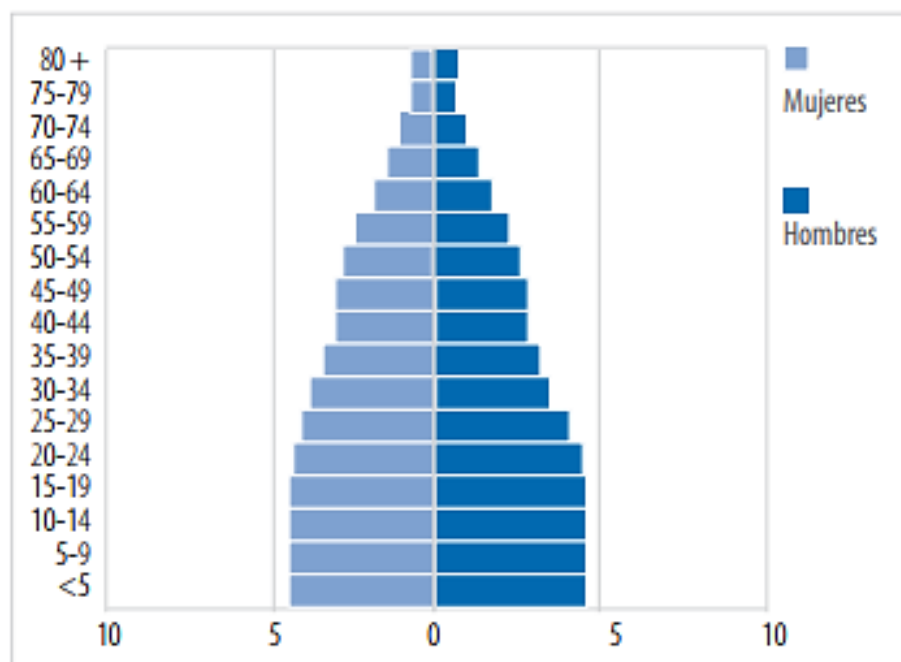
La ciudad de Barranquilla está ubicada al norte de Colombia, tiene una superficie de 166 Km² y es la capital del departamento del Atlántico. Limita al norte con el mar Caribe, al sur con los municipios de Galapa y Soledad, al este con el río Magdalena y al oeste con los municipios de Puerto Colombia y Tubará. De acuerdo con su división administrativa, el distrito ejerce jurisdicción territorial sobre el corregimiento de Juan Mina y el Centro Poblado de Pinar del Río. Asimismo, Barranquilla abarca el barrio Las Flores, el corregimiento de La Playa del municipio de Puerto Colombia, el tajamar occidental de Bocas de Ceniza en el río Magdalena y el sector Ciénaga de Mallorquín.

De conformidad con el acuerdo No. 006 de 2006, proferido por el Concejo Distrital de Barranquilla, la ciudad está conformada por cinco localidades: Metropolitana (23 barrios), Norte - Centro Histórico (36 barrios), Riomar (25 barrios), Suroccidente (67 barrios) y Suroriente (37 barrios).

Vital Salud IPS opera en la localidad Metropolitana, pero como es un centro especializado en programas de atención integral a enfermedades crónicas, recibe usuarios de todas las localidades de la ciudad e, inclusive, del resto de los municipios del departamento del Atlántico. Los datos

demográficos de los usuarios de Vital Salud IPS, en cuanto a su edad, no distan mucho del resto de la población del país. Se observa en la pirámide de población un estrechamiento en la base (correspondiente a grupos entre los 0 a 4 años hasta el de 20 a 24 años), el aumento de la población en edades activas y un mayor envejecimiento de la población femenina frente a la masculina (ver ilustración 12).

Ilustración 12: Pirámide de población, Colombia, 2015.



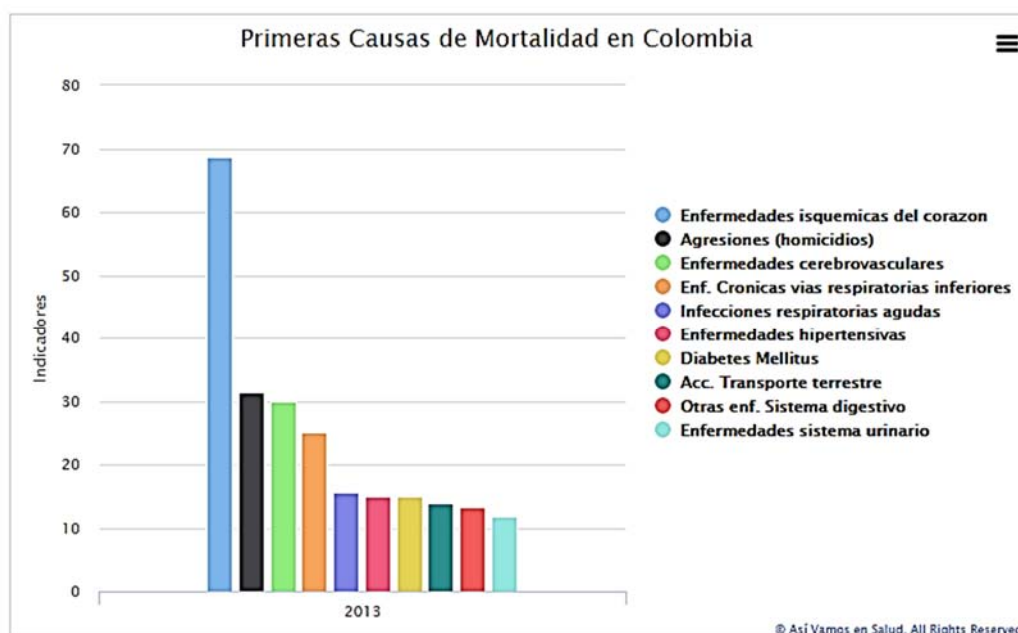
Fuente: Análisis de Situación de Salud, Minsalud (2015).

Debido al sostenido descenso de la fecundidad, se presentan cada vez más generaciones con una menor cantidad de personas. La consecuencia de esto es una progresiva reducción relativa de la población de menor edad (0 a 15 años), el engrosamiento relativo de la población activa (15 a 64 años), y el acelerado crecimiento de la población mayor (Minsalud, 2015).

El crecimiento de edad en una población es importante, dado que puede ser un factor que incremente el envejecimiento, el cual puede traducirse en un aumento de las enfermedades crónicas. Por esta razón, el país debería avanzar en políticas de salud acordes a esta y otras problemáticas de la población. Por su parte, las entidades de salud privadas deben prepararse para estos eventos y contemplar, dentro de sus planes de desarrollo institucional, la apertura de programas para el tratamiento de enfermedades crónicas, con personal capacitado en la atención de la tercera edad y bajo un sistema integrado de redes de servicios, para evitar así las barreras en la atención de estas personas.

Es fundamental que Vital Salud IPS haga un constante seguimiento a estas tendencias y, por los años de experiencia que tiene su equipo de colaboradores en atención de enfermedades crónicas, está actualmente en condiciones de establecer un plan que permita ofertar estos servicios a un mayor número de usuarios del departamento del Atlántico. Incluso, la institución puede abrir nuevas sedes con servicios enfocados en la gestión clínica, para minimizar el riesgo de enfermedades crónicas como la trombosis, la hipertensión y la diabetes que están en la lista de las 10 principales causas de mortalidad en Colombia (ver ilustración 13) (Minsalud, 2014).

Ilustración 13: Principales causas de mortalidad en Colombia.



Fuente: Así Vamos en Salud, 2016.

Al identificar las principales causas de mortalidad y morbilidad presentes en el país, es importante destacar que diversas enfermedades -como las cardiovasculares, respiratorias, infecciosas y parasitarias-, se pueden prevenir con hábitos de vida saludable, o mejorando las condiciones de las viviendas y el entorno. Por otro lado, otras enfermedades como el cáncer pueden tener un mejor diagnóstico si se identifican y tratan a tiempo. Vale destacar que el tratamiento y prevención de enfermedades es fundamental, no sólo por el indiscutible costo en calidad de vida de las personas, sino también por la incapacidad e improductividad que implican en una economía.

Por lo que las IPS tienen la posibilidad de implementar programas de atención integral enfocados en gestión del riesgo de diversas patologías dentro de su plan estratégico, de tal manera que se conviertan en nuevos segmentos de mercado. Asimismo, la organización tiene la oportunidad de ofrecer a las diferentes EPS servicios no sólo de baja complejidad, sino que también

de recuperación de la salud. Por su parte, estrategias secundarias de prevención también son necesarias para evitar la progresión de enfermedades que conlleven un mayor número de hospitalizaciones, incapacidades y aumento de la tasa de mortalidad.

Las actividades de prevención van ligadas a los hábitos deportivos y de consumo de una población. La falta de adecuación de espacios deportivos para que los habitantes del Atlántico puedan desarrollar actividad física y la carencia de profesionales dedicados a esta práctica, dificulta la adquisición de hábitos y estilos de vida saludable, lo que conlleva a que se incrementen los índices de morbilidad a causa de enfermedades crónicas (como diabetes, hipertensión y obesidad). Un punto importante a destacar es que no existen programas específicos de este tipo destinados a la infancia (Gobernación del Atlántico, 2016).

No cabe duda de que los estilos de vida tienen un impacto importante sobre la salud. El Departamento Administrativo de Ciencias, Tecnología e Innovación (Colciencias), realizó en 2016 una investigación de tipo descriptivo en 438 niños, niñas y adolescentes de la ciudad. Los resultados indicaron que el 72,6% de los escolares pueden ser clasificados como inactivos físicamente. Adicionalmente, este estudio indagó en otros hábitos como la forma de recoger un objeto del suelo, donde sólo el 40,2% de los participantes señalaron que doblaban las rodillas; el uso del cepillo de dientes, donde se determinó que menos de la mitad se lavan los dientes entre dos y tres veces al día; y otros hábitos de higiene, con el 16,6% de estos jóvenes que no se lavan las manos antes ni después de ir al baño y un 9,4% que no lo hace antes ni después de las comidas. Estos hábitos no saludables podrían llevar a alteraciones en la salud de niños, niñas y adolescentes, afectando concretamente a su calidad de vida.

No obstante, el país le ha ido otorgando cada vez más importancia a la prevención, sobre todo en escolares y adultos mayores. En la ciudad de Barranquilla se desarrolla anualmente una feria para promover estilos de vida saludable, a través de actividades educativas y lúdico-recreativas con un énfasis en la importancia de realizar actividad física a diario, de tener hábitos saludables e higiénicos en alimentación y comportamiento -para desincentivar además el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas-, y de promover la importancia de la salud mental, para así disminuir los altos índices de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles en la población (Alcaldía de Barranquilla, 2015).

En este sentido, las IPS deben tener una mirada más amplia de la situación actual de la población de la ciudad, no sólo enfocándose en el tratamiento de las enfermedades crónicas, sino que, también aportando, como parte de su responsabilidad social, con recomendaciones a los entes territoriales y EPS, a través del aumento de programas de promoción en salud. También es importante que la institución genere nexos más directos con la comunidad para la realización de intervenciones en salud a las personas que residen en los barrios de su influencia.

3.1.2.1.1.4. Análisis tecnológico

El avance tecnológico ha impactado positivamente, sobre todo en la rapidez y eficiencia de los procesos del sector salud del país. Hoy en día son numerosos los procedimientos donde se está aplicando tecnología de punta: en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de enfermedades o condiciones médicas, en la digitalización de los registros médicos, en dispositivos para el tratamiento de dolencias, en equipos de diagnóstico, en procesos automatizados e, incluso, hasta en consultas médicas a distancia.

Los continuos avances tecnológicos también traerán para los próximos años beneficios directos a los laboratorios, ya que estos serán capaces de realizar pruebas por sí mismos, aumentando su productividad al reducir su dependencia en servicios de tercerización. En un futuro cercano, las grandes ciudades contarán con sistemas de salud compuestos por grandes monopolios que prestarán servicios a distancia a los pacientes, a través de la telemedicina (Portafolio, 2016).

En los últimos años, Vital Salud IPS ha fortalecido su área de diagnóstico con equipos de laboratorio clínico automatizados. Sin embargo, la institución no posee tecnología para exámenes de mayor complejidad, viéndose obligada a tercerizar estos servicios y aumentar sus costos de operación. En este sentido, se requiere hacer alianzas con casas comerciales que provean equipos en comodato o que, como se da en reiteradas ocasiones, aporten los equipos si se compran los insumos como reactivos.

Por su parte, desde el 2011, Colciencias otorga subvenciones directamente a empresas privadas para reforzar su capacidad de innovación, a través de la gestión del conocimiento, la gestión estratégica, el repensamiento de modelos de negocio y otras prácticas relacionadas. Sin embargo, el enfoque debe estar en construir capacidades en las empresas, en vez de apoyar proyectos de innovación específicos.

Aumentos de la productividad dependen de la habilidad de una empresa de innovar o de adoptar innovaciones creadas por otras empresas. Sin embargo, el sistema de innovación de Colombia es aún modesto y carece de un núcleo empresarial fuerte. El gasto en Investigación y Desarrollo (I+D) es del 0.2% del PIB, resultando bajo comparado al 2.4% en promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (OCDE, 2015). Empresas colombianas participan poco en innovación, puesto que son pocas las manufactureras que

introducen nuevos productos. Sólo el 30% del total de I+D es realizado en el sector empresarial, comparado con un 70% en promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2015).

Tomando en cuenta lo anterior, es necesario que las el país realice mayores esfuerzos para incentivar a más empresas a invertir en I+D. La evidencia sugiere que las empresas colombianas que más invierten en este punto generan más innovaciones en productos y alcanzan nuevos horizontes. Reducir el elevado costo de la aplicación de patentes y eliminar las barreras al uso de fondos públicos para I+D, pueden impulsar la innovación en las empresas para incorporar tecnología de punta (OCDE, 2017).

El incremento de la inversión en desarrollo e investigación es positivo para las instituciones de salud. Una de las oportunidades de mejora institucional para las IPS, es que los usuarios puedan solicitar citas médicas usando la tecnología.

Para esto, la empresa necesita adquirir o desarrollar un nuevo software que permita a los usuarios acceder a la asignación de citas, consultarlos resultados de laboratorio, e interactuar con los médicos y personal de la salud a través de la red.

Esta innovación permite descongestionar las líneas telefónicas y hacer un uso más eficiente del capital humano. Hay evidencia en Colombia del uso de esta tecnología en diversas entidades de salud, gracias a su rapidez, bajo costo y a que la población cada día tiene más acceso a este tipo de medios.

En Colombia hay 14 millones de usuarios que utilizan diariamente Internet y al menos 9 millones adicionales que acceden a la red una vez al mes. Esto quiere decir que aún existen 19,4 millones de personas que no utilizan este sistema (El tiempo, 2017). Sin embargo, la entidad estima

que para 2025, habrá 34,4 millones de usuarios en el país (El tiempo, 2017). Las redes sociales son la principal razón por la que se utiliza Internet. El estudio señala que los usuarios de plataformas como Facebook, Twitter o Instagram llegan a los 16,6 millones, representando un incremento de 2,8 millones con respecto al 2013 (El tiempo, 2017).

En este sentido, la industria puede aprovechar estos desarrollos tecnológicos para llevar a cabo acciones que permitan, entre otros, mejorar el agendamiento de horas en línea, desarrollar sistemas que aumenten la eficiencia y productividad, y que a la vez ayuden en las labores de promoción y prevención de enfermedades a través del uso por ejemplo de redes sociales, sobre todo con la población de jóvenes que son quienes más utilizan estos servicios.

3.1.2.1.1.5. Análisis ecológico

En Colombia existen estrategias de Entornos Saludables (EES), que se han focalizado en el diseño de escuelas, vivienda y espacios laborales. Sin embargo, no se han desarrollado lineamientos que permitan implementar una estrategia que promueva la salud ambiental en los hospitales. Las normas que regulan los aspectos ambientales en Colombia se muestran en la tabla 3.

Tabla 3: Normas que regulan aspectos medio ambientales en salud.

Norma	Aspecto importante de regulación
Constitución Política de 1991. En los artículos 48, 78, 79,80, 81, 87 y 366.	Establecen la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado.
Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010.	En el capítulo de Ciudades Amables estableció la Estrategia de Desarrollo Urbano: Ciudades Compactas y Sostenibles, que tiene como propósito principal el mejoramiento de la calidad de vida de la población
Documento Conpes 3550 de 2008.	Define los lineamientos para la formulación de la Política Integral de Salud Ambiental con énfasis en calidad del aire, calidad del agua y seguridad química. Mediante este documento

Norma	Aspecto importante de regulación
	se recomendó la creación de la Comisión Técnica Nacional Intersectorial para la Salud Ambiental – CONASA.
Agenda de Cooperación Interinstitucional para el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables.	Suscrita en diciembre de 2006 por los Ministros de Educación, Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, Protección Social; el director del SENA; el director de Acción Social; y el representante de la OPS en Colombia, para avanzar en el desarrollo de las estrategias de Entornos Saludables (Escuela Saludable y Vivienda Saludable), integrando para ello diferentes acciones interinstitucionales.
Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables. Bogotá, D.C., diciembre de 2006.	Este documento técnico orienta a los diferentes actores en el desarrollo de actividades tendientes a mejorar el entorno familiar y escolar y, por ende, la calidad de vida de las familias y comunidades educativas en general. Igualmente se dan directrices para fortalecer la ejecución de las estrategias de Escuela Saludable y Vivienda Saludable, para lograr que se desarrollen articuladamente en el ámbito nacional.

Fuente: Elaboración propia.

Las entidades prestadoras de salud como Vital Salud IPS son generadoras de contaminantes como mercurio en las amalgamas odontológicas, plásticos de jeringas, bolsas de solución salina, agujas, desechos de sangre y otros fluidos. Estos constituyen factores de riesgo que merecen atención para cumplir con las normas vigentes sobre el cuidado del medio ambiente, con el objetivo de que estos lugares sean adecuados para todos sus usuarios y trabajadores.

Para poder disminuir los factores de riesgo previamente mencionados, está la opción de implementar planes de gestión integral de los residuos generados (de acuerdo con los principios básicos de bioseguridad), minimización de la generación de basura, capacitación y sensibilización en el diseño y construcción de edificios bajo los principios de hospital verde; la compra de productos y materiales más seguros y sustentables; y el reemplazo de sustancias químicas nocivas por alternativas más seguras.

Además, es importante racionalizar el consumo de energía, garantizando así el uso eficiente de este recurso -a través de la utilización paneles solares, luces LED e iluminación natural-, lo cual permitirá ser más eficiente con el uso de los recursos, que a su vez, impacta en el costo de energía. Por otro lado, es importante contar con un buen tratamiento del agua para el uso de riego de plantas, usando también depósitos que almacenen agua lluvia.

3.1.2.1.1.6. Análisis legal

En el país se han realizado importantes esfuerzos para enfrentar el cuasi colapso financiero del sector salud. A nivel institucional, con la aprobación de la Ley Estatutaria en Salud, Ley 1751 de 2015, que mejora el acceso a los servicios de salud, a través de la eliminación de las autorizaciones para las atenciones de urgencias, el fortalecimiento al control de precios de los medicamentos y una incorporación más expedita de nuevas tecnologías.

Esta regulación ha impactado a todo el sistema y en el caso de Vital Salud IPS que atiende personas con enfermedades catastróficas o llamadas de alto costo, le brinda mejores herramientas de negociación con los laboratorios farmacéuticos, reduciendo sus costos de compra y logrando que más personas ingresen a los programas. Además, con la reciente promulgación de la Ley 1797 de 2016, se busca continuar fortaleciendo el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de tres medidas principales: la generación de recursos adicionales para el pago de servicios no incluidos en el paquete de beneficios; el otorgamiento de liquidez al sector, consolidando el sistema de giros directos (incluidos bajo la Ley 1438 de 2011); y el fortalecimiento de la capacidad y gestión de la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) (Banco de Occidente, 2016).

Por otra parte, el decreto 2353 de 2015 creó el Sistema de Afiliación Transaccional, que tiene la bondad de unificar y actualizar las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social

en Salud, con el propósito de garantizar la prestación de los servicios. Entre las medidas implementadas se destacan: el acceso a todos los servicios desde el momento de la afiliación, sin tener que esperar un mes, tal como ocurría antes cuando sólo se podía tener acceso a las urgencias; la ampliación del grupo de beneficiarios, cubriendo a los hijos menores de 25 años que dependen económicamente de sus padres, así como también los nietos; la autorización del pago de la licencia de maternidad conforme a los días cotizados; y una mayor protección a los desempleados, quienes podrán acceder a los servicios por tres meses bajo la protección laboral y por seis meses adicionales bajo la protección del cesante (Banco de Occidente, 2016). Todas estas medidas adoptadas en el país benefician a todo el sistema de salud y específicamente a los usuarios que son el centro o eje sobre el cual gira todo el sistema. Lo que representa un crecimiento de los usuarios del régimen contributivo en la institución.

3.1.2.1.1.7. Conclusión análisis Pestel

Existen una serie de factores, sobre todo de índole política, económica y social, donde se encontraron oportunidades de desarrollo que pueden incidir positivamente en Vital Salud IPS, si las condiciones actuales se mantienen. Colombia está viviendo una etapa de postconflicto, lo que podría traer consigo estabilidad social y mayor seguridad para diversos sectores de la economía, lo que redundaría en una mayor inversión tanto nacional como extranjera. Por otro lado, se espera que mejoren los indicadores de ocupación de la población y su capacidad de adquisición, siendo esto beneficioso para la empresa ya que se estimulará la compra de bienes y servicios. Además de estos factores, se han logrado importantes avances tecnológicos en materias de información y comunicaciones que impactarán positivamente en el desarrollo de los procesos asistenciales y administrativos de la institución, que se verá beneficiada en una mayor eficiencia y productividad.

En cuanto a los factores medioambientales, existen normas que estimulan la creación de hospitales saludables, lo que representa una oportunidad para la empresa de adquirir tecnología ecológica, como la generación de energía renovable a través de plantas solares, lo que contribuirá a disminuir el impacto negativo de la contaminación ambiental.

Esta corresponde a la situación de la organización en cuanto a su entorno más general (macro), del cual se identificaron primordialmente oportunidades, como Aumento del número de afiliados del Régimen Contributivo, debido al Sistema de Afiliación Transaccional, Aumento del número de pacientes con enfermedades crónicas y de alto costo, debido a estilos de vida poco saludables, avances tecnológicos que permitirían mejorar la eficiencia y productividad del sector de la salud. Sin embargo, también es necesario elaborar un análisis del entorno más cercano a la institución que permita detectar otras oportunidades y amenazas. Por esta razón, desarrollaremos a continuación un análisis de las cinco fuerzas de Porter.

3.1.2.1.2. Análisis del micro entorno

Existen oportunidades y amenazas que provienen del entorno más cercano de la compañía. La mayor vehemencia de la competencia entre las empresas de la industria, debido, por ejemplo, al estancamiento o disminución de la demanda, dificultando su crecimiento y, por lo tanto, haciendo más complejo el alcance de sus objetivos de largo plazo. De manera similar, proveedores muy concentrados pueden elevar los costos de producción de un bien o de entrega de un servicio, disminuyendo la rentabilidad de la compañía y, por ende, disminuyendo el atractivo del negocio.

La herramienta más utilizada para analizar los posibles efectos de los factores del micro entorno en el desempeño de una compañía es el análisis de la industria, también conocido como el análisis de las cinco fuerzas; esta herramienta ayuda a evaluar aspectos como las amenazas de nuevos

competidores; las amenazas de productos sustitutos; el poder de negociación de los proveedores; el poder de negociación de los clientes; y como centro de estas fuerzas, la rivalidad entre los competidores. Este análisis se presenta a continuación.

3.1.2.1.2.1. Análisis de las cinco fuerzas

Debido a que Vital Salud IPS es una empresa cuyo objeto es la prestación de servicios de salud, para facilitar la comprensión del lector se mencionan algunos aspectos que caracterizan este sector.

El sector de la salud se define como el conjunto de valores, normas, instituciones y actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios, cuyos objetivos principales o exclusivos son promover la salud de individuos o grupos de personas. Las actividades que estas instituciones y actores desarrollan están orientadas a prevenir y controlar enfermedades, atender a enfermos, además de investigar y capacitar en salud. Este sector está constituido por seis clases de agentes: aportantes, aseguradores, prestadores de servicios de salud, proveedores de medicamentos, los pacientes/consumidores y las agencias estatales.

En lo que respecta a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), éstas ofrecen sus servicios a personas naturales (individuos) o jurídicas (empresas, cajas de compensación familiar, EPS, magisterio, entre otras). Cuando lo hacen para las Entidades Promotoras de Salud (EPS), es a través de una red integrada de instituciones que ofrecen los diferentes servicios de salud según su complejidad.

En cuanto a Vital Salud IPS, la institución está posicionada en el mercado del Régimen Subsidiado en salud y presta específicamente sus servicios a un aliado estratégico, que es la EPS líder del Régimen Subsidiado en la región de la costa Caribe, Mutual Ser. En el departamento del Atlántico este nicho estaba compuesto, hasta junio de este año, por 21.711 afiliados del Régimen

Contributivo y 322.788 de la EPS Mutual Ser (Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, 2017).

Adicionalmente, Vital Salud IPS se encuentra en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud por abarcar tres complejas enfermedades crónicas: VIH, AR, y EPOC. La organización se hace cargo de la necesidad de las personas de contar con un buen servicio, a través de una atención integral que les brinde la tranquilidad y confianza que requieren los usuarios y seres queridos ante la ocurrencia de este tipo de enfermedades.

Para lograr esto, Vital Salud ha tenido que contar con un modelo de servicio definido y estructurado, precisando también de tecnología de punta. Asimismo, gracias al aprendizaje y experiencia que ha ganado durante los años -con un capital humano que han permitido producir servicios costo-eficientes y costo-efectivos-, han logrado también ofrecer servicios diferenciados.

Otra ventaja de Vital Salud es que tiene economías de escala, donde en una misma sede se prestan servicios a tres programas de enfermedades crónicas distintas. Adicionalmente, la organización tiene un sistema de producción basado en las denominadas “economías de ámbito”, es decir, donde el costo total de producción conjunta de dos o más servicios es menor a lo que cuesta la producción de esos mismos servicios de forma separada.

3.1.2.1.2.1.1. Amenaza de entrada de nuevos competidores: Alta

Haciendo uso del análisis propuesto por Porter (1980), existen seis obstáculos que pueden dificultar la entrada de nuevos competidores: las economías de escala, la diferenciación del producto o servicio, las necesidades de capital, las desventajas de costo independientemente del tamaño de la organización, el acceso a canales de distribución, y las políticas del gobierno.

Teniendo en cuenta estos obstáculos, se puede afirmar que el sector salud es bastante competitivo, sobre todo contemplando el número de empresas que están ingresando en el mercado del Régimen Subsidiado (RS), el cual no era apetecido anteriormente debido a los malos manejos de los recursos por parte de las EPS y los entes territoriales. Sin embargo, este mercado se ha vuelto cada vez más atractivo gracias a las nuevas políticas de manejo de este régimen en lo referido a los pagos por parte del gobierno a través de los giros directos a las IPS.

Si bien el ingreso de nuevos competidores a este nicho de mercado (Régimen Subsidiado) constituye una amenaza para la institución, existen barreras importantes para estos nuevos competidores, como el cumplimiento de las normas gubernamentales -entre ellas la Res. 2003 de 2014, referente a procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud-, y de habilitación de servicios de salud, es decir, el cumplimiento de la organización en capacidades de recursos humanos, infraestructura, recursos tecnológicos y financieros, entre otros.

Otra barrera es la del uso de suelo para construir sedes donde funcionan las IPS, ya que por el Plan de Ordenamiento Territorial (POT) de cada municipio, existen zonas donde no está permitida la construcción de sedes hospitalarias, lo que es una clara ventaja para los prestadores antiguos que ya se encuentran instalados en esa zona.

Asimismo, existen barreras financieras, puesto que se debe cumplir con unos patrimonios mínimos y liquidez para el sostenimiento de la operación del negocio, lo cual es especialmente crítico en el caso de los servicios de alta complejidad hospitalaria y quirúrgica (donde se necesita de un capital mayor a USD 5.000.000), y también para los de baja y mediana complejidad (que requieren de recursos financieros entre los 100.000 a 1.000.000 de dólares).

En lo referente a las barreras políticas y legales encontramos que, si bien existe un interés de parte de nuevos competidores en el sector de la salud, para poder ingresar deben pasar por una serie de requisitos impuestos por los entes de control que exigen el cumplimiento estricto de las normas establecidas para los prestadores de servicios.

En la ilustración 14 se puede apreciar el número de inscripciones realizadas por los prestadores de servicios para ser habilitados en sus funciones, donde 68 de estas instituciones fueron rechazadas por la Secretaría de Salud Distrital de Barranquilla por algún tipo de incumplimiento. Esto, desde luego, se convierte en un obstáculo que limita o incluso prohíbe la entrada de nuevas empresas al sector.

Ilustración 14: consolidado de prestadores inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, 2016.

Tipo de Prestador	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	TOTAL
OBJETO SOCIAL DIFERENTE	01	02	02	0	05
TRANSPORTE ESPECIAL	0	0	01	0	01
PROFESIONALES INDEPENDIENTES	26	25	11	11	73
IPS PUBLICAS	0	0	0	0	0
IPS PRIVADAS	03	06	10	05	24
TOTAL INSCRITOS	30	33	24	16	103

DEVOLUCIONES REALIZADAS

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	TOTAL DEVOLUCIONES REALIZADAS
22	16	25	5	68

Fuente: Secretaría de Salud Pública Distrital de Barranquilla, 2017.

Otro aspecto que contribuye a dificultar el ingreso de nuevos competidores al sector es la lealtad de los clientes. Este se relaciona directamente al usuario, ya que su papel es radical para incidir directamente en los criterios de selección de las EPS. A la mayoría de los usuarios no les gusta

cambiar de institución, sino que prefieren ser atendidos regularmente en la misma IPS, ya sea por la calidad del servicio, la cercanía, la empatía con los profesionales, entre otros factores, lo que beneficia directamente a las IPS que llevan más tiempo posicionadas en el mercado. Ahora bien, como el usuario no tiene ningún gasto de bolsillo por los servicios que demanda, el interés está centrado en la calidad del servicio que recibe de parte de las instituciones prestadoras de salud. De allí la importancia de que la calidad al interior de la organización se mantenga, a la vez que se logre aumentar la satisfacción, inclusive superando las expectativas que se tienen, para generar de esta manera lealtad y confianza de parte de los usuarios.

En tanto, las instituciones que deseen ingresar al sector de la prestación de servicios de salud de mediana complejidad ambulatoria tienen otra desventaja importante frente a las empresas ya establecidas: la experiencia. La experiencia se traduce en mejores métodos de operación de parte de los trabajadores, con procesos mucho más eficientes y con una robusta formación de sus equipos especializados.

En general estas son las principales barreras que pueden estar presentes en el sector, pero también hay que mencionar que existen otros factores como las alianzas estratégicas con las EPS, que permiten robustecer aún más a una empresa e impedir que otra institución le robe participación en el mercado.

Sin embargo, y a pesar de todas las barreras de ingreso a los nuevos competidores, también hay factores que favorecen su entrada. El mercado de la salud es de libre competencia, tanto para capitales nacionales como extranjeros y cuenta con incentivos de parte del gobierno para el ingreso de inversión del exterior, ya sea en alta, baja y mediana complejidad. Es así como en los últimos seis años, ha aumentado el número de centros de atención primaria en el distrito de Barranquilla,

que ofrecen servicios de baja complejidad, como consultas médicas, odontológicas, de enfermería y laboratorios clínicos. Sin embargo, en el área Metropolitana los servicios de mediana y alta complejidad aún siguen en déficit (Bonet y Guzmán, 2015).

Otro factor que favorece la entrada de nuevos competidores es que el distrito de Barranquilla está creando una empresa con capitales públicos y privados, donde se le está haciendo entrega para su explotación toda la red de servicios de baja, mediana y alta complejidad que posee la ciudad. Esta amenaza podría incidir en la disminución del número de afiliados de la IPS, ya que las EPS se verán obligadas a contratar los servicios con este tipo de instituciones.

Si bien existen barreras de entrada de nuevos competidores, hay competidores que nos muy fuertes, los cuales cuentan con grandes capitales de inversión y alianzas con las EPS, lo cual se traduce en una amenaza latente las instituciones existentes en el mercado, y más aún si estas no cuentan con un gran respaldo financiero.

3.1.2.1.2.1.2. Poder de negociación de los clientes: Alta

De acuerdo con Porter (1980), un grupo de compradores es fuerte si es concentrado o si hace compras en grandes volúmenes. Si los productos que adquiere son normalizados o no diferenciados, el estímulo está en la reducción de su costo.

Tal como se describió anteriormente, el mercado de la salud se compone de tres regímenes. Los principales beneficiarios de Vital Salud IPS pertenecen al Régimen Subsidiado, que a su vez se componen de:

- La Entidad Promotora de Salud (EPS), encargada de la asignación a las IPS de las personas afiliadas al Régimen Subsidiado del departamento del Atlántico, entre las que

destacan Mutual Ser EPS, Coosalud EPS y Ambuq EPS. En este caso, las EPS es el más importante para la institución.

- Los afiliados a las EPS del Régimen Subsidiado y Contributivo, que son todas las personas asignadas por la EPS que acceden a los servicios de la IPS.
- Otro tipo de cliente, denominado “particular”, que no necesita estar afiliado a la aseguradora para acceder al servicio de salud. La atención de este paciente sólo se hace efectiva cuando paga el valor completo de la consulta requerida. El porcentaje de atención de este tipo de cliente es muy bajo (sólo el 0.001% del total de ingresos de la institución) y, como todos los servicios que oferta la institución están cobijados por los planes de salud, no está considerado dentro de las acciones de venta. Más adelante revisaremos si existen servicios no satisfechos por los aseguradores (EPS) que se puedan convertir en nuevas oportunidades de negocio.

Debido al funcionamiento del sistema de salud en el país, el mercado está concentrado en un oligopolio. En este sentido, el poder de negociación de la EPS es alto, ya que por ser el ente que contrata con el Estado el aseguramiento de la población, es decir, hace de intermediario entre el Estado y el prestador, tiene el derecho a escoger entre todas las IPS que estén habilitadas por las Secretarías de Salud de cada ente territorial, para prestar el servicio a sus afiliados. Las EPS, entonces, pueden establecer las tarifas por servicios según la oferta y demanda. Es decir, ponen las reglas de juego según se encuentre el mercado. De allí la importancia de que los prestadores que quieran continuar en el sector sean aliados estratégicos de las EPS.

La reforma de la Ley 100 había prohibido que las EPS (hoy gestores) establecieran sus propios hospitales y prestaran directamente los servicios de salud, pues consideró que, con esta práctica, la de la integración vertical, se acababa la libre competencia y se rompía el postulado esencial del

mercado que tanto se defendió a la hora de la promulgación de la ley. El argumento es que, si se permite a los gestores en salud crear su propia red de prestadores de servicios, es decir, sus propios hospitales, ya no tendrían la necesidad de prestar un buen servicio al no competir contra nadie.

Por otro lado, a pesar de que las normas impiden la integración vertical de los servicios, las EPS se las arreglan para poder hacerlo, ya sea constituyendo IPS a nombre de terceros o a través de recibir a prestadores dentro de sus accionistas, tal como sucede con las EPS del Régimen Contributivo. Esto aún no es posible en las instituciones del Régimen Subsidiado, pero se espera que en pocos años puedan convertirse en sociedades anónimas y dejen de ser empresas solidarias (como cooperativas y mutuales, como es hasta ahora).

La mayor amenaza que hay para los prestadores de salud es el mayor volumen de clientes. Por lo tanto, para que, Vital Salud IPS asegure el crecimiento de la población asignada por la EPS, es necesario que alcance los niveles más altos en calidad de atención en salud, satisfacción y bienestar del paciente. Porque, al igual que las EPS, el usuario también tiene un alto poder de negociación, debido a que las EPS están obligadas a garantizarles una libre elección de IPS y el derecho a cambiarse a una nueva si así lo requieren.

3.1.2.1.2.1.3. Amenaza de posibles sustitutos: Baja

Los productos o servicios sustitutos limitan las posibilidades de un sector, ya que establecen un techo a los precios de venta fijados por las empresas. En este sentido, mientras la industria no mejore la calidad de sus productos, desarrolle productos diferentes o invierta grandes sumas de dinero en marketing, verá reducidos sus beneficios y, posiblemente, su propio crecimiento (Porter, 1980).

La fuerza de los productos o servicios sustitutos será negativa para una empresa establecida, en la medida de que sean de mejor calidad y de que tengan la posibilidad de venderse a un precio menor. Para disminuir la amenaza de productos sustitutos, las empresas constantemente deberán, sobre todo, diferenciar sus productos o servicios, mediante inversión en innovación para satisfacer de mejor manera las necesidades de sus clientes (Tarzijan, 2013).

No obstante, hay que tomar en consideración que el avance tecnológico y científico es un factor que puede impactar en el desarrollo de nuevos productos sustitutos, como medicamentos más específicos (antirretrovirales inyectables de liberación lenta) y vacunas que prevengan las infecciones (VIH, hepatitis, entre otras). Pero esta situación no ocurre con enfermedades como la AR o EPOC que están dentro de las patologías de alto costo y son crónicas degenerativas, donde hasta ahora no existen tratamientos curativos, sino que sólo son paliativos.

A su vez, los tratamientos de medicina alternativa, como el orto molecular, también pueden ser considerados como sustitutos y pueden incidir en la disminución de la consulta médica. La medicina alternativa en Colombia se encuentra dentro de los planes obligatorios de beneficios, no obstante, los usuarios de este tipo de medicina tienen que costear de su bolsillo todos los gastos, lo que finalmente hace que no sean tan demandados, adicionalmente este tipo de medicina aún no se encuentra masificada y solo es utilizada por los usuarios cuando no encuentran respuesta con la medicina tradicional.

Otro sustituto que puede ser una amenaza para instituciones como Vital Salud IPS es la apertura de servicios de atención domiciliar, donde las personas no tendrían la necesidad de dirigirse a la IPS. Sin embargo, esta situación no es de alto impacto, ya que el traslado del personal médico

resulta muy costoso y poco rentable, y sólo las EPS contratan estos servicios para personas incapacitadas en asistir a los centros de atención.

Por tanto, la amenaza de productos o servicios sustitutos en el sector salud *es bajo*, dado que en el ámbito de la atención de mediana y alta complejidad se presta un servicio especializado, donde no existen muchos productos o servicios sustitutos a los que puedan recurrir los usuarios.

3.1.2.1.2.1.4. Poder de negociación de los proveedores: Media-Alta

La cuarta fuerza competitiva es el poder de negociación de los proveedores. Estos pueden ejercer poder sobre las empresas del sector, mediante amenazas de incremento en los precios o reduciendo la calidad de los bienes o servicios que proporcionan. Por tanto, el poder de los proveedores puede exprimir la rentabilidad de un sector que sea incapaz de amortiguar los aumentos de coste en sus propios precios (Porter, 1980).

Con respecto a este factor, se indagó sobre aspectos relacionados con el precio y calidad de los productos, número de proveedores, localización, grado de confianza, tipo de relación, peligro de integración de los proveedores con las IPS, presencia de productos sustitutos y costos por cambio de proveedor.

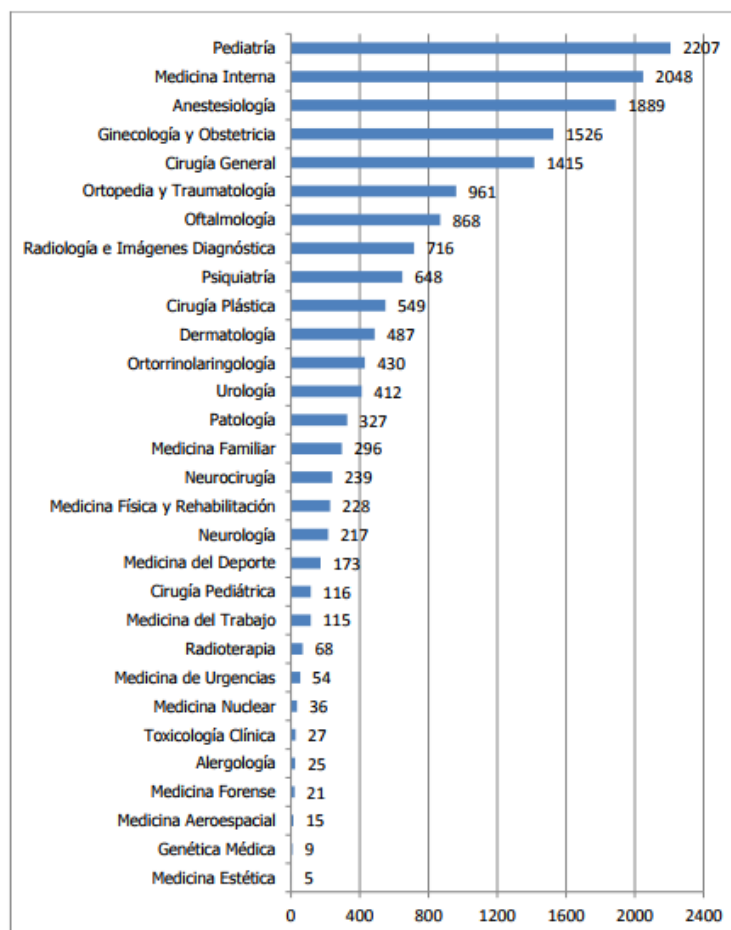
Proveedores de medicamentos: Generalmente, la cadena de abastecimiento de medicamentos de alto costo se desarrolla mediante intermediarios, es decir, la IPS no compra directamente a los laboratorios los medicamentos que requieren. Esto se debe a políticas de los laboratorios transnacionales que no negocian directamente con prestadores de salud, sino que con grandes distribuidores del país. Este gasto de intermediación es lesivo para las IPS, sobre todo para aquellas que como Vital Salud atienden enfermedades de alto costo, donde el 60% del gasto es por medicamentos. Por tanto, el poder de negociación que tiene este tipo de proveedor es alto. No

obstante, el gobierno ha estado interviniendo a través del control de precios de los medicamentos, favoreciendo de esta manera a todo el sistema de salud.

Proveedores de insumos básicos: Existe otro grupo de proveedores de insumos como papelería, jeringas, algodones, sillas, entre otros, que son de relevancia para la institución. Sin embargo, el poder de negociación de este tipo de proveedores es bajo, ya que el número de proveedores de este tipo de insumos es alto.

Prestadores (especialistas): Los médicos especialistas son considerados proveedores de servicios, ya que el tipo de contratación que tienen es por medio de la modalidad de prestación de servicios. En este caso, el poder de negociación que tengan depende del tipo de especialidad, la cantidad de especialistas existentes en el área y el tipo de prestación del servicio profesional (ver ilustración 15). Las patologías que maneja Vital Salud IPS son de alto costo como el VIH/Sida, AR, enfermedades cardiovasculares y EPOC, además de especialidades básicas como pediatría, ginecología, entre otras. El escaso recurso humano en estas especialidades hace que se tenga poco poder de negociación de parte de la empresa, generándose unos costos elevados por este concepto.

Ilustración 15: Total acumulado del número de graduados por especialidad al 2011.



Fuente: Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia (2011)

De acuerdo con lo anterior, podemos concluir *que el poder de negociación* de los proveedores de medicamentos o equipos biomédicos de alta tecnología, además de los diseñadores de softwares y especialistas, impacta significativamente en los costos de la institución. Por tanto, es una amenaza media-alta para estos proveedores. Para el caso de los proveedores de insumos básicos la amenaza es baja para el sector. Concluyendo que el poder de negociación de los proveedores es medio alto.

3.1.2.1.2.1.5. Rivalidad entre competidores existentes: Alta

La rivalidad entre los competidores actuales se manifiesta a través de una pugna por conseguir una posición en el sector, utilizando para ello diversas tácticas, como la competencia en precios, la introducción de nuevos productos y los programas publicitarios. La intensidad de esta rivalidad depende de la presencia de una serie de factores, como el número de estos competidores, su tamaño y poder, el crecimiento del sector, si los productos o servicios cuentan con diferenciación, si los costos fijos son muy elevados, si incrementa la capacidad de inversiones adicionales, si los impedimentos para abandonar el sector son muchos, entre otros (Porter, 1980).

Vale destacar que en este sector el número de competidores es alto. Pero si bien existen aproximadamente 500 instituciones prestadoras de servicios de salud en Barranquilla, sólo se consideran como competidores directos las siguientes IPS: Red de IPS Mixta, que posee 30 centros de salud de baja complejidad y ocho centros de mediana complejidad; VIVA 1A IPS, que cuenta con cuatro sedes para tratamientos de baja y mediana complejidad y un centro especializado con programas de atención cardiovascular; la IPS de la Costa, Vihonco IPS y Medicina integral IPS, que son competidores directos en atención integral de pacientes con VIH; en tanto que, para los casos de artritis reumatoide y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Vital Salud IPS no tiene competidores, ya que es el único proveedor actualmente de la EPS.

Por otra parte, el distrito de Barranquilla tiene una red de alrededor de 500 IPS públicas, que están ubicadas en los barrios más pobres de la ciudad, los cuales entregan una excelente cobertura en salud. Esto les permite convertirse en un competidor directo de las instituciones privadas en tratamientos de baja complejidad. No obstante, ellas no significan una mayor competencia en la atención ambulatoria de enfermedades de alto costo, debido a que no lo ofertan, además, por la calidad de servicio con las IPS privadas. En tanto, para los programas de atención de alto costo, las

EPS prefieren contratar entidades privadas, que les garanticen servicios de calidad y de buen costo-efectividad, convirtiéndose así en aliados estratégicos. Este factor se convierte finalmente en la mayor barrera para nuevos competidores en el sector de la salud.

Finalmente, los precios por la prestación de servicio se encuentran normalizados para la contratación de las EPS en la red pública, mientras que para la contratación con el sector privado existe libre competencia. Las restricciones gubernamentales y sociales son aspectos importantes para tener en cuenta, ya que pueden causar limitaciones para la prestación de los servicios. Sin embargo, el número de IPS privadas va en aumento, lo que indica que los competidores ya tienen la capacidad de responder ante las regulaciones y exigencias de los entes reguladores.

3.1.2.1.2.1.6. Conclusiones análisis Porter

Vital Salud IPS se encuentra en un sector donde la rivalidad entre los competidores es alta, al igual que el poder de negociación de los consumidores, mientras que el poder de negociación de los proveedores es medio-alto y la amenaza de productos sustitutos es baja (ver tabla 4). Lo anterior nos hace concluir que las estrategias de Vital Salud IPS deben ir dirigidas a la satisfacción de las necesidades de los usuarios y las EPS, con el fin de evitar la migración de usuarios a la competencia. Para esto, la institución debe mantener sus estándares de calidad en servicios para mitigar el riesgo de ingreso de nuevos competidores. Asimismo, la institución debe fortalecer las relaciones que tiene con sus proveedores, sobre todo con los distribuidores de medicamentos y especialistas, ya que estos son fundamentales para la calidad de la prestación de servicios.

Tabla 4: Estructura competitiva del sector salud

Estructura competitiva	Atractivo de la Industria: Medio-Alto			
	Bajo	Medio- Alto	Medio-Bajo	Alto
Amenaza de nuevos competidores				X
Rivalidad entre competidores				X
Poder de los proveedores		X		
Amenaza de sustitutos	X			
Poder de los compradores				X

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se describir en un listado las oportunidades y amenazas más importantes para la organización (tabla 5).

Tabla 5: Listado de oportunidades y amenazas

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Integración en red de las instituciones de salud	Mercado cada vez más saturado
Aumento del número de afiliados del Régimen Contributivo, debido al Sistema de Afiliación Transaccional	Mayor regulación del sector salud por incumplimiento de los estándares de calidad
Aumento del número de pacientes con enfermedades crónicas y de alto costo, debido a estilos de vida poco saludables	Falta de políticas públicas que promuevan la promoción y prevención de las enfermedades
Avances tecnológicos que permitirían mejorar la eficiencia y productividad del sector de la salud	Altos aranceles de importación de equipos biomédicos

Fuente: Elaboración propia

3.1.2.2. Análisis interno

El entorno interno de la empresa se evalúa por sus fortalezas y debilidades. Las fortalezas y debilidades dependen de la existencia de habilidades distintivas en la organización, las que dependen, a su vez, de los recursos que poseen las capacidades que se han desarrollado (Hill, Jones, Pérez y Soto, 2009). Las habilidades distintivas se convierten en una ventaja competitiva cuando son valiosas, raras, difíciles de imitar e insustituibles (Barney, 1991). Las habilidades distintivas son valiosas cuando permiten explotar una oportunidad o desactivar una amenaza; raras, cuando sólo la compañía las posee; difíciles de imitar cuando es muy costoso hacerlo para los competidores; e insustituibles cuando no es posible para los competidores utilizar otras habilidades para conseguir la misma ventaja competitiva.

En el caso del sector salud de Colombia se deben cumplir ciertos requisitos para que las empresas puedan ser habilitadas en sus funciones. De acuerdo con el Decreto 1011 de 2006, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares de calidad para la atención de salud, aplicando condiciones acordes con el desarrollo del país y los avances del sector, con el fin de brindar seguridad a los usuarios ante potenciales riesgos asociados.

De acuerdo con la Resolución 1441 de 2013, para ser habilitados en sus funciones, los prestadores de servicios de salud deben cumplir con las siguientes condiciones: capacidad técnico-administrativa, suficiencia patrimonial y financiera, y capacidad tecnológica y científica, que son las que permiten que la organización sea también parte del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

3.1.2.2.2. Análisis de los recursos

Los recursos son los activos que una organización posee y desarrolla, que a su vez pueden dividirse en tangibles e intangibles. Los recursos de una compañía pueden ser analizados en referencia a las cuatro características esenciales para sostener una ventaja competitiva, es decir, en qué medida ellas son valiosas, raras, difíciles de imitar e insustituibles (Barney, 1991).

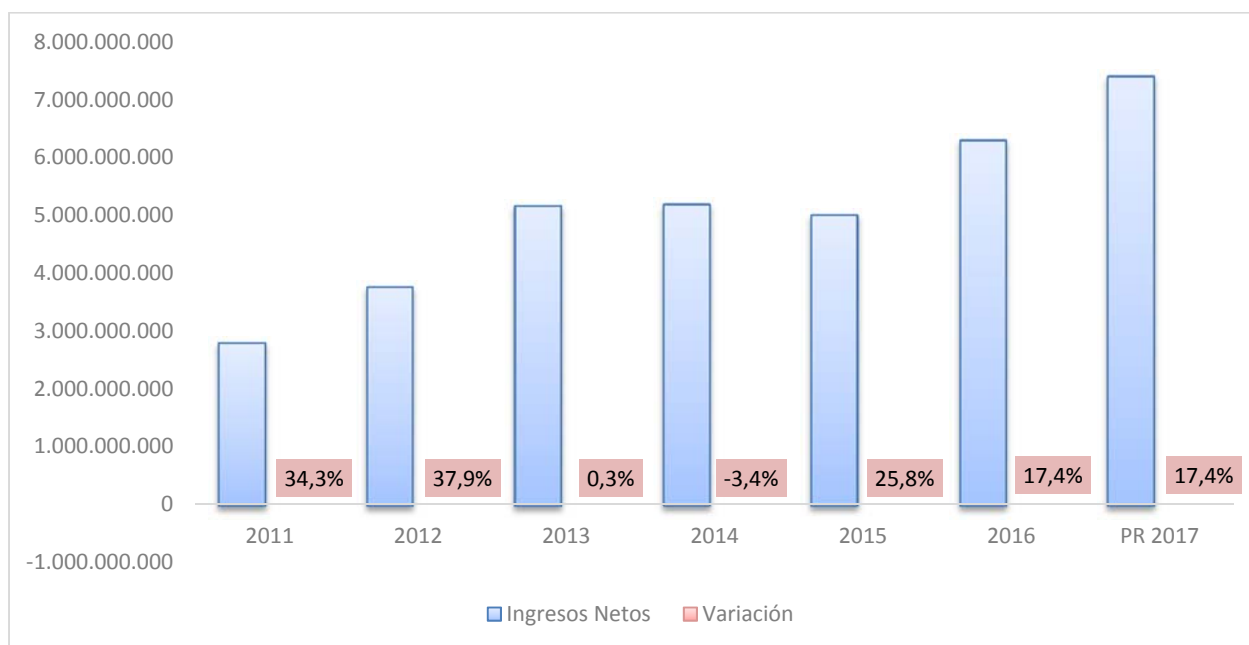
3.1.2.2.2.1. Recursos tangibles

A continuación, se analizarán los recursos tangibles que posee la organización, y como estos constituyen una ventaja competitiva para el cumplimiento de la cadena de valor.

- **Recursos financieros:**

Entre los años 2011 y 2016, Vital Salud IPS ha logrado un crecimiento económico sostenido. Entre los años 2011 y 2013 la institución logró aumentar sus ingresos en 85%, gracias a la mayor participación en el mercado de los servicios de atención integral en VIH y la apertura de nuevos servicios, como el de transporte asistencial. En tanto, en el año 2016 la organización pudo incrementar sus ingresos en un 25,8% (comparado con el año anterior), proyectando aumentos del 17,4% para el año 2017 (ver ilustración 16).

Ilustración 16: consolidado de ingresos netos y variación 2011- 2017

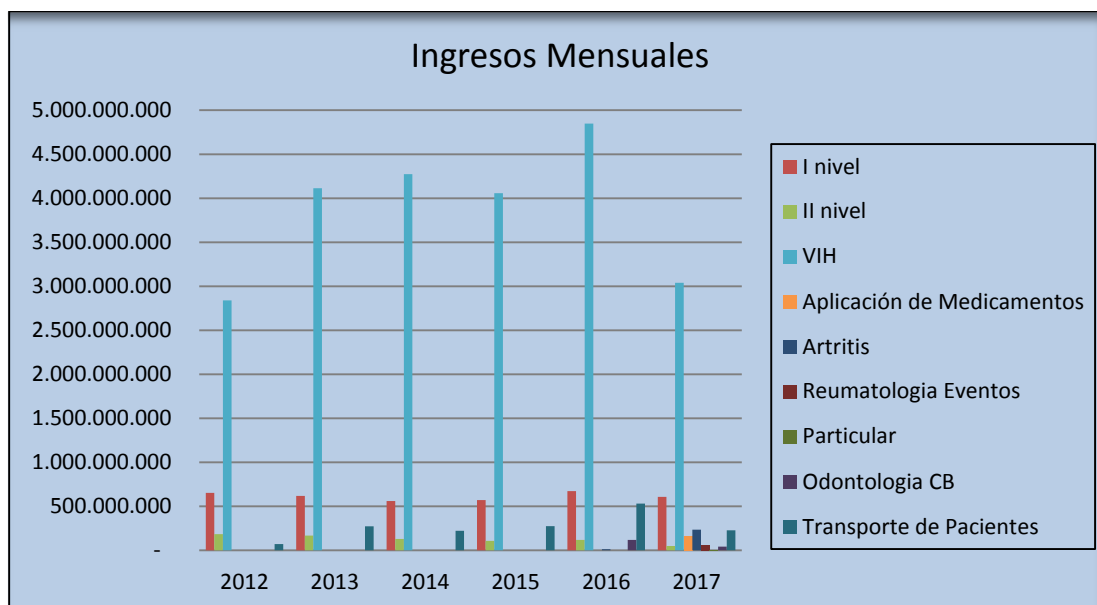


Fuente: Indicadores financieros Vital Salud IPS S.A., 2017

Si nos enfocamos en la procedencia de los ingresos de la institución, podemos mencionar que aproximadamente el 70% de ellos provienen de los servicios de atención integral en VIH, seguido por los servicios de primer nivel de complejidad (ver ilustración 17). El hecho de que la mayoría de los ingresos de la institución provengan de un solo servicio causa incertidumbre, ya que, si algo llegase a desestabilizar este programa, generaría un impacto negativo significativo en la empresa.

Por esta razón, se hace necesaria la apertura de nuevos programas o servicios que puedan generar ingresos similares al del VIH. De hecho, para este año, se dio inicio al programa de reumatología y artritis, con unas proyecciones de venta de servicio estimadas en 500 millones de pesos colombianos anuales, además de contemplarse abrir un nuevo programa en EPOC para el primer trimestre del 2018, con una estimación en ingresos de 1.000 millones de pesos.

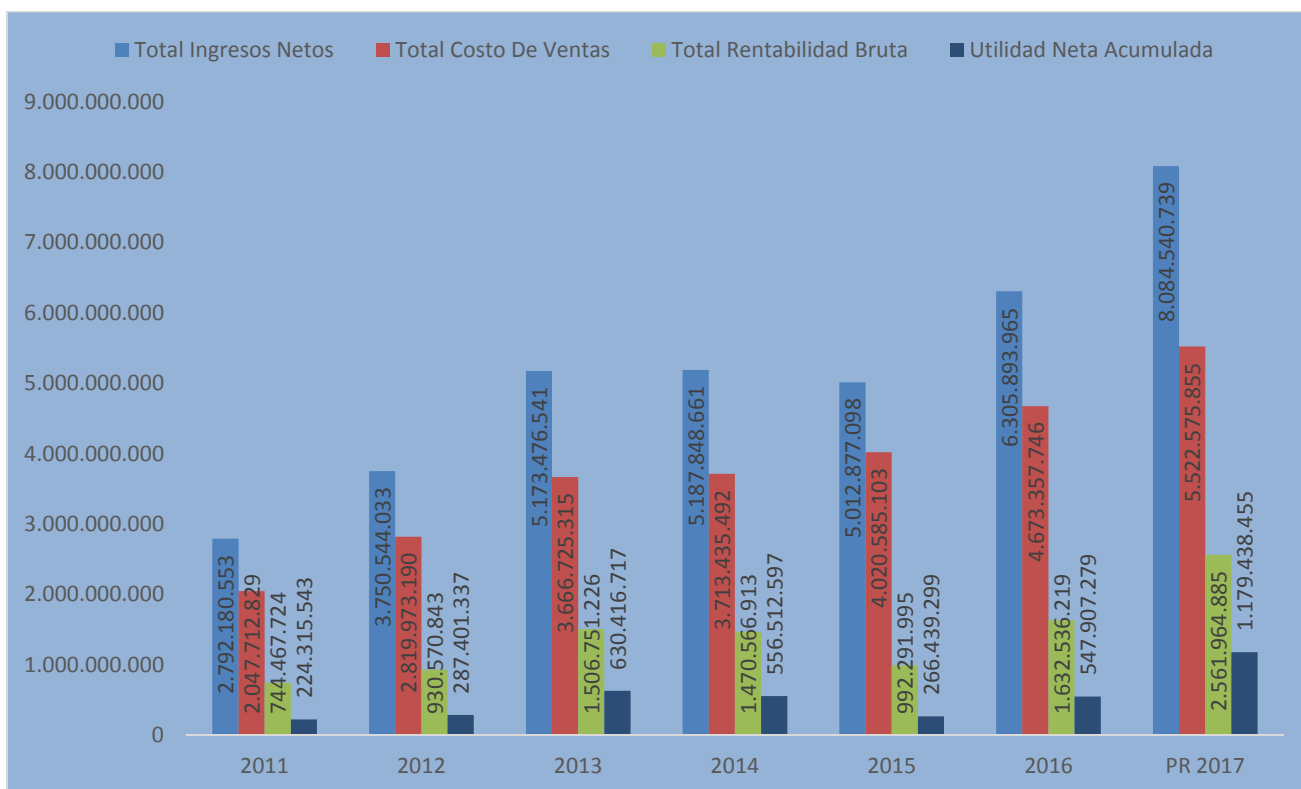
Ilustración 17: Ingresos por unidad de negocio 2012-jul 2017.



Fuente: Indicadores financieros Vital Salud IPS S.A, 2017

Se puede destacar de la ilustración 18 que el 2013 fue un año con resultados históricos para la empresa, ya que se registraron utilidades netas por 630 millones de pesos, con un crecimiento del 120% en relación con el año anterior. Sin embargo, la organización en el año 2015 tuvo un decrecimiento en los ingresos, debido a un nuevo acuerdo contractual con la EPS donde se bajó la tarifa de atención por cada persona viviente con VIH (PVVIH) y además se perdió uno de los contratos para la prestación de servicios de transporte asistencial de pacientes. Los resultados de los años previos y la recuperación en los años posteriores al 2015 se deben al buen desempeño operacional que tuvo la empresa gracias a, entre otros factores, el aumento de ingresos por un mayor número de atenciones a PVVIH. También podemos observar que las utilidades proyectadas de la compañía para el 2017 serán de \$1.179.438.455 (ilustración 18), demostrando la solidez que tiene su modelo de atención integral en salud y del éxito de su estrategia de diversificar en nuevos servicios de atención integral para enfermedades crónicas.

Ilustración 18: Comparativo anual 2012– 2017 de ingresos, costos, rentabilidad y utilidad del Vital Salud IPS



Fuente: Indicadores financieros Vital Salud IPS S.A, 2017

La mejor utilización de los recursos disponibles, estrategias como la de aumentar ingresos vía nuevos servicios y la contención de costos, además de un capital humano más capacitado y una mayor experiencia en programas de atención integral, han permitido mejorar la rentabilidad y además que los clientes miren con mayor interés el modelo de atención de la empresa lo que es clave para el continuo desarrollo de las operaciones de la organización. Además, la habilidad de la dirección de Vital Salud IPS de generar utilidades, aun con múltiples desafíos para el sector de la salud es una de las fortalezas de la compañía, tanto en el manejo financiero como en la reactivación de sus ventas con otros servicios. Todo lo mencionado anteriormente constituye habilidades valiosas para la institución.

- **Recursos organizativos:**

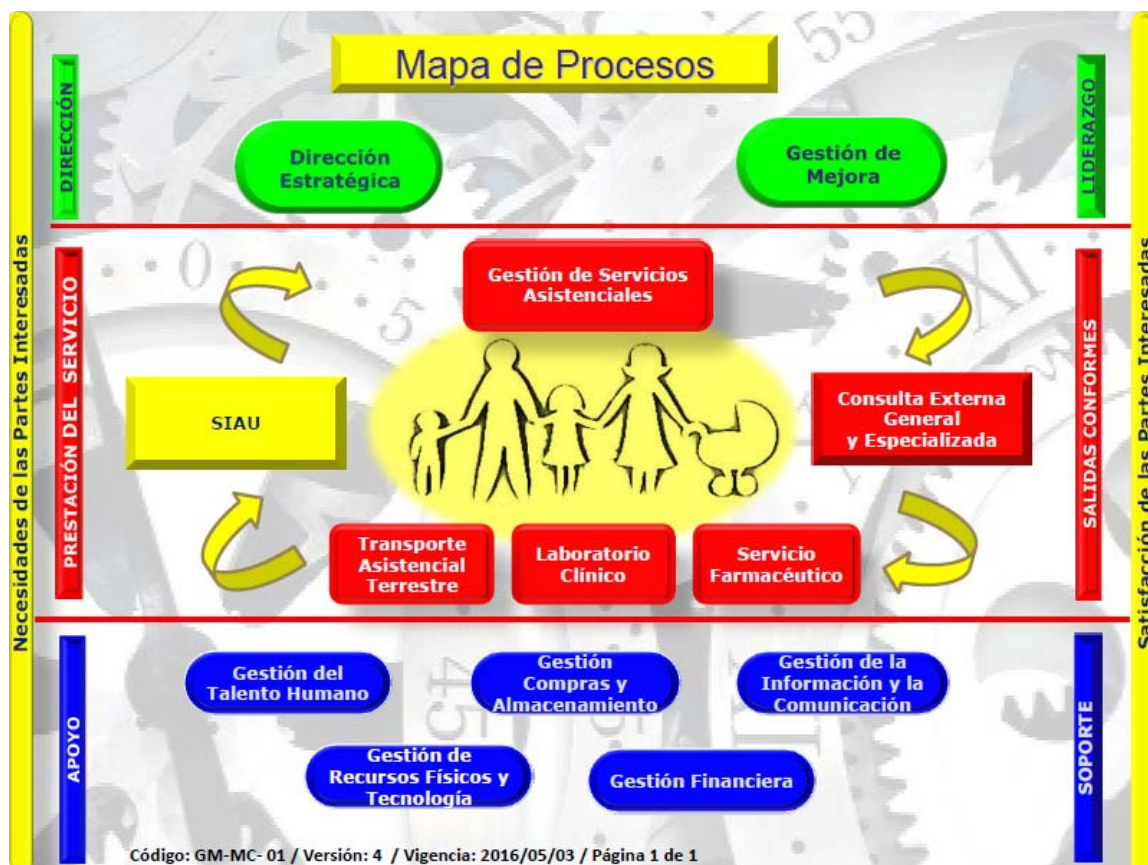
Los recursos organizativos se refieren a los sistemas de planificación, control y coordinación que posee la compañía. La organización cuenta con una estructura que identifica los niveles jerárquicos de la institución, donde el más alto corresponde a la asamblea de accionistas -que recibe reportes de la junta directiva y revisoría fiscal-, a la que le sigue la gerencia, que controla las tres secciones operativas de la institución: asistencial, de gestión de calidad y administrativa-financiera.

Además de la estructura orgánica, Vital Salud IPS diseñó en el año 2013, junto a la asesoría de la Cámara de Comercio de Barranquilla, su primer Plan Estratégico 2013-2017, a partir del cual se determinaron los objetivos estratégicos de la organización. Sin embargo, con el paso del tiempo, una de las fallas evidentes para el cumplimiento de los objetivos fue la falta de medición y, por ende, de control constante de los indicadores propuestos. Por esta razón, es importante diseñar un sistema de control de gestión, por medio del modelo de ciclo cerrado de Kaplan y Norton (2008), que permitirá cumplir con los atributos establecidos por el sistema de gestión de calidad y, de esta manera, reducir los problemas de desalineación interna.

Por su parte, además de los procesos de dirección, la compañía también se enfoca en sus actividades misionales y de apoyo, a través de una serie de procesos estandarizados, que son planificados, coordinados y ejecutados por los colaboradores de cada una de las áreas (ver ilustración 19). Vale destacar que cada proceso es dirigido y coordinado por un líder, quien se responsabiliza de alcanzar los resultados de los objetivos propuestos, haciendo uso del sistema de gestión de la calidad (aplicando el ISO 9001, también llamado PHVA). De esta forma, se controla el cumplimiento de la calidad esperada y se miden los indicadores acordados con las EPS, además

de los establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) para cada uno de sus programas o actividades contratadas.

Ilustración 19: Mapa de Procesos



Fuente: Sistema de Gestión de la Calidad, Vital Salud IPS 2017

No obstante, además de la medición de los indicadores para el cumplimiento de los atributos de calidad (como pertinencia, oportunidad, accesibilidad, entre otros), también debe medirse la satisfacción del usuario por los servicios recibidos, es decir, en los tres programas de atención integral: VIH, EPOC y Artritis Reumatoide (AR), donde cada uno cuenta con herramientas de control para la gestión del riesgo en salud. Una de ellas se conoce como Cuenta de Alto Costo, que debe ser reportada mensualmente a la EPS y semestralmente al MSPS. En el caso de la atención en

salud de primer nivel o baja complejidad, la EPS establece unas metas de actividades que deben cumplirse durante el mes. Y si bien la institución no está obligada a acreditarse, sí tiene que contar por norma con servicios habilitados por el ente territorial, a través de la Secretaría de Salud Distrital, además de las mediciones que realizan las EPS y los entes de control -como las secretarías de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social- utilizando las cuentas de alto costo para los diferentes programas que presta la institución.

Adicionalmente, Vital Salud IPS cuenta con un sistema automatizado de información a través de un software, que genera datos clínicos para el análisis diario. Por su parte, el gestor del sistema de gestión de la calidad y el correspondiente a servicios revisan las desviaciones que se presentan en cada actividad o proceso, efectuando las correcciones y nuevamente iniciando el ciclo de planificar, hacer, verificar y actuar. Asimismo, de manera periódica se realizan los comités de calidad y se toman las medidas necesarias para evitar así un mayor número de disconformidades.

Tomando en cuenta que las ventajas competitivas de una organización son el resultado de las actividades realizadas a través del direccionamiento estratégico, las otras acciones deben gestionar el riesgo y la disponibilidad de los recursos necesarios para la implementación eficaz de los procesos y acciones de la compañía.

- **Recursos materiales:**

Actualmente, la empresa desarrolla sus actividades en un edificio que no es de su propiedad, utilizando 400 metros cuadrados dedicados a los servicios asistenciales, 100 metros cuadrados para oficinas administrativas y 200 metros cuadrados para parqueaderos. Las instalaciones asistenciales (de producción) se dividen en ocho consultorios (box) de atención integral dotados con los equipos biomédicos según la normatividad vigente (camillas, equipo de órgano de los sentidos y

tensiómetros), tres consultorios odontológicos con sus respectivos equipos, instrumental de rayos x, una sala de aplicación de medicamentos con tres sillones de tres funciones, carro de paro, balanza, una farmacia con neveras, un laboratorio clínico con su respectiva toma de muestras, una sala de espera, además de baños para adultos, niños y personas con algún tipo de discapacidad.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, Vital Salud IPS cumple con los requisitos de habilitación para prestar servicios de salud, sin embargo, adolece de áreas para aumentar la atención de un mayor número de usuarios. Esto ha motivado la ampliación de la jornada de atención, pasando de 8 a 14 horas diarias, al no contar la institución con suficiente espacio para más puestos de trabajo. La institución tampoco cuenta con áreas de descanso, sobre todo para el área administrativa, viéndose obligada a arrendar oficinas en otros sitios. En este sentido, Vital Salud IPS deberá buscar estrategias de corto plazo para la ampliación de sus áreas porque, de no ser así, tendrá que estancar su crecimiento.

En cuanto a vehículos y maquinaria, la organización cuenta con cuatro ambulancias dotadas con equipos biomédicos, dos plantas eléctricas, compresores, computadores, impresoras.

Todos estos activos son valiosos y constituyen una fortaleza para la empresa, porque permite el cumplimiento de las normas en salud y alcanzar la productividad de acuerdo con los planes establecidos.

- **Recursos tecnológicos:**

Los recursos tecnológicos que tiene la institución para su funcionamiento son: softwares, hardware, redes, equipos de telecomunicación, de cómputo y equipos biomédicos que están en constante actualización, para dar respuesta a las diferentes exigencias normativas y de las EPS. El software asistencial ha sido una fortaleza, ya que se ha sido desarrollando según las necesidades de

la organización, traduciéndose en excelentes resultados para el análisis de los informes clínicos presentados ante los entes de control.

En cuanto a los equipos biomédicos, la institución posee tres equipos odontológicos, un cauterizador, una lámpara de foto curado, rayos x, esterilizador, piezas de alta velocidad, instrumental clínico, equipos de laboratorio (como centrifugas, microscopios, equipo de análisis de bioquímica, hematología), carros de paro, bombas de infusión, desfibriladores, ventiladores, succionadores, entre otros. Los cuales son necesarios para ser habilitados por la Secretaría de Salud. Adicionalmente, Vital Salud IPS ya cuenta con un programa de monitoreo y mantenimiento de estos artefactos.

3.1.2.2.2. Recursos intangibles

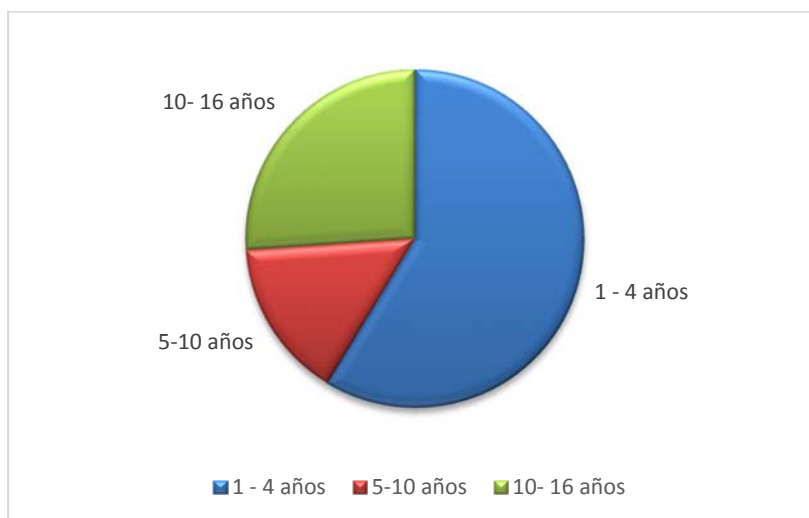
- **Recursos humanos:**

La empresa cuenta actualmente con una planta de personal de 60 colaboradores, de los cuales el 80% tiene vinculación laboral o son asalariados con contrato indefinido, y el 20% se encuentra bajo la modalidad de contratos por prestación de servicios. El personal asistencial está conformado por médicos, enfermeras, odontólogos, además de técnicos, tecnólogos y otros profesionales.

Vital Salud IPS cuenta con un capital humano de alta competencia, con grados de especialidad académica y magister, y con experiencia de más de 15 años (ver ilustración 20) en el manejo de enfermedades crónicas, lo cual es de difícil imitación ya que es un recurso costoso que se ha ido formando en la institución. Además, se ha logrado una estabilidad laboral como consecuencia de un equipo motivado y con sentido de pertenencia por la institución, y un alto grado de responsabilidad por el servicio hacia los usuarios, convirtiéndose así en una de las mayores fortalezas de la IPS. El nivel de antigüedad de los empleados en promedio es de 5 años (ilustración

20), lo que indica que la empresa ha logrado mantener capital humano que cumpla con los estándares de competitividad gracias a su experiencia. Asimismo, la institución se encuentra constantemente entrenando y capacitando tanto a su personal asistencial como administrativo, lo que representa una fortaleza.

Ilustración 20: Años de antigüedad



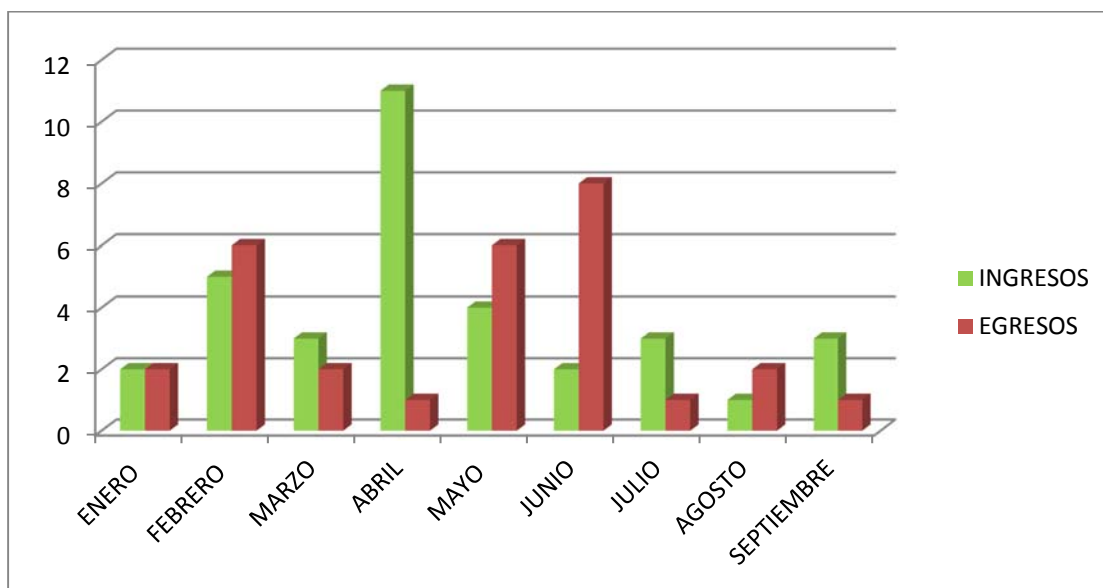
Fuente: Elaboración propia, Según datos Vital Salud IPS, 2017

Sin embargo, con la apertura de nuevos servicios, la institución ha tenido que vincular a personas que aún no se identifican con la cultura de la organización, ocasionando que en algunos puestos de trabajo se experimenta una alta rotación en los últimos años, sobre todo en los cargos de auxiliares, lo que ha dificultado en algunas ocasiones el buen funcionamiento de la organización (ver ilustración 21).

Aquí es donde Vital Salud IPS tiene el gran desafío de transmitir un liderazgo que permita que los nuevos colaboradores puedan adaptarse rápidamente a la cultura de la empresa. Para facilitar este proceso de adaptación es necesario fortalecer el programa de inducción para los nuevos cargos

o para el personal entrante. Dentro de las debilidades encontradas el departamento de talento humano (TTHH) no cuenta con un programa validado de inducción, y esta puede ser una de las causas de la alta rotación que se ha presentado en los últimos dos años.

Ilustración 21: Rotación del recurso humano enero- septiembre 2017



Fuente: Indicadores de rotación Vital Salud IPS S.A, 2017

Adicionalmente, la organización, dentro de su presupuesto anual, cuenta con recursos para estudios técnicos, tecnológicos, profesionales y de postgrados para los colaboradores. En cuanto a su capacidad gerencial, la empresa cuenta con un buen direccionamiento de parte de un equipo preparado y motivado, lo que ha permitido el sostenimiento y crecimiento institucional. Sin embargo, la gestión estratégica gira alrededor del líder de la organización, lo que puede convertirse en una debilidad a futuro. Por esta razón, también se hace necesario pensar en el recambio generacional que dirigirá en los próximos años los destinos de la organización.

- **Recursos para la investigación e innovación:**

La organización a través de los años ha desarrollado investigaciones en el área de la salud, las cuales sirven como soporte para el rediseño e innovación de los programas, con el fin de buscar mayor eficiencia y tratamientos costo-efectivos. Lo cual es de difícil imitación por parte de otras instituciones de salud con características similares a Vital Salud IPS dado al alto costo que el proceso de investigación demanda. A continuación, se señalan algunos trabajos de investigación realizados en la institución:

1. Evaluación de los costos asociados al tratamiento en personas con VIH con diagnóstico tardío: su objetivo fue determinar los costos en que se incurren en el tratamiento de estos pacientes. Este estudio aportó mejoras en los costos de tratamiento de VIH.
2. Criptococosis asociada al VIH: su objetivo fue determinar la presencia de criptococosis en personas con VIH con menos de 200 células linfocitarias. Sus resultados han permitido bajar las tasas de hospitalizaciones por esta infección.
3. Prevalencia de resistencia a los antirretrovirales en pacientes NAIVE (se denomina así a aquéllos que no han tenido tratamiento antirretroviral previo): su objetivo fue determinar cuáles mutaciones virales son resistentes al tratamiento. Su aporte fue mejorar la elección del medicamento adecuado según la resistencia encontrada.
4. Calidad de vida en personas convivientes (personas que sufren la enfermedad) con VIH según su esquema terapéutico: Su objetivo fue determinar cómo influye en la calidad de vida de las personas con VIH las polimedicaciones.

El desarrollo de trabajos de investigación como los mencionados anteriormente contribuye a la optimización de los procesos y la innovación del modelo de atención de Vital Salud IPS. Por otro

lado, la institución cuenta con un sistema de información que ha sido desarrollado según las necesidades de la organización, lo cual se traduce también en una ventaja competitiva para el análisis de los resultados clínicos. Las innovaciones en este tipo de instituciones se traducen en una mejora de los procesos directamente relacionados con la atención, con el objetivo de alcanzar mejores resultados clínicos. Vital Salud IPS dentro de sus acciones se encuentra preparando sus procesos con el fin de alcanzar la certificación ISO 9001 y con esto la presentación de los requisitos necesarios para recibir el aval del INVIMA ente que se encarga de certificar a la IPS para desarrollar investigación clínica.

- **Recursos asociados a la reputación:**

El sistema de gestión de la calidad de Vital Salud IPS evalúa el nivel de satisfacción de los usuarios, el cual ya ha revelado positivos resultados: El 88% de los usuarios se encuentran satisfechos con la atención que reciben. Esto indica que la institución debe seguir trabajando para mejorar la percepción de sus servicios por parte de los usuarios (ver ilustración 22 evaluación del nivel de satisfacción solo considera la pregunta ¿qué tan satisfecho se encuentra con la atención recibida?), para así por aumentar la fidelidad que los usuarios tienen con la institución. Por otro lado, el reconocimiento por parte de las EPS y entes de dirección territorial sobre la calidad de los servicios es muy bueno, ya que estos identifican a Vital Salud IPS como un referente en la atención de pacientes con VIH, gracias a los excelentes resultados clínicos obtenidos. Los cuales son es una fortaleza valiosa para la empresa, porque se traducen en una excelente imagen institucional. Esto debe traducirse en una mayor credibilidad en los servicios por parte de las EPS, esta confianza, ha permitido aumentar la contratación de nuevos programas de atención.

Ilustración 22: Evaluación del nivel de satisfacción



Fuente: Sistema de gestión de la calidad Vital Salud IPS S.A, 2017

Es importante también destacar que hoy en día no existe un ente que establezca una escala para valorar a las diferentes instituciones de salud. El MSPS genera un ranking anual para medir a las EPS, pero no lo hace en el caso de las IPS. En el caso de las IPS, el MSPS mide su desempeño a través de las cuentas de alto costo a través de los resultados obtenidos en los programas de atención en patologías de alto costo por cada IPS en el país, sin embargo, el MSPS no lo publica como ranking de las IPS.

3.1.2.2.3. Análisis de capacidades

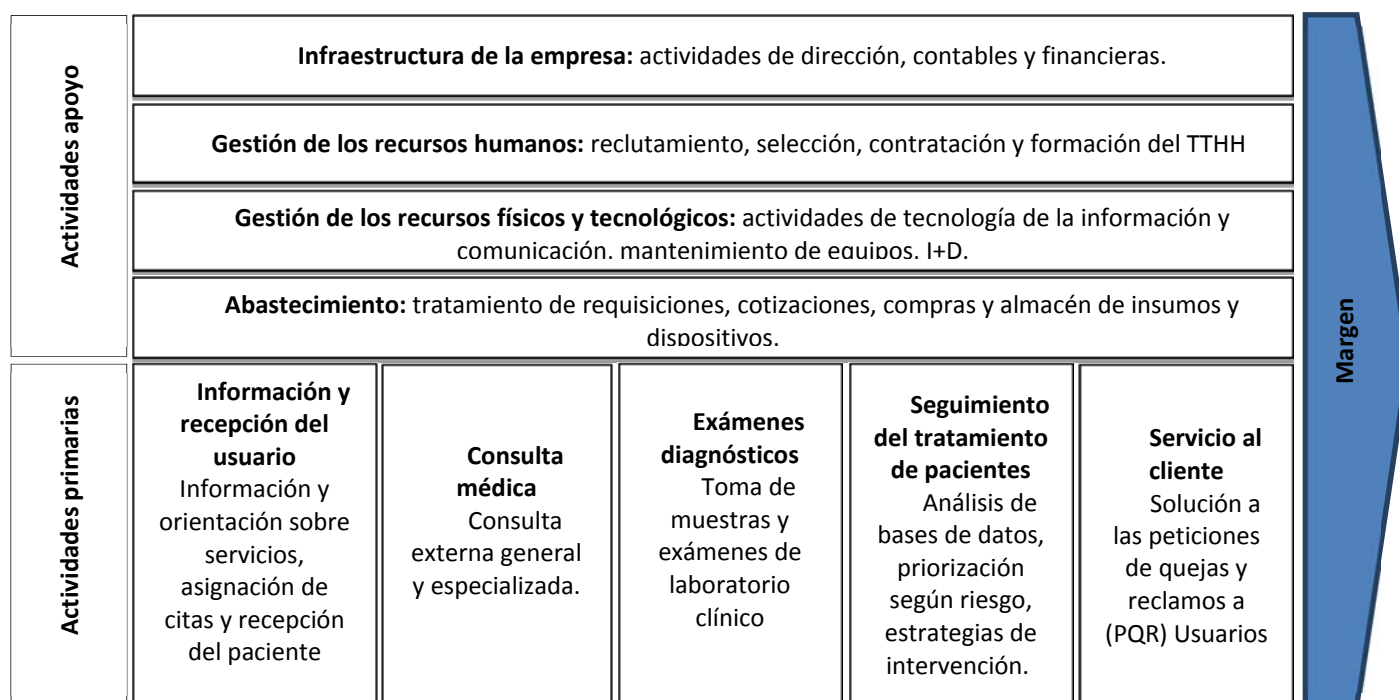
Al igual que en el caso de los recursos, las capacidades de una compañía pueden ser analizadas a través de las cuatro características esenciales para sostener una ventaja competitiva, es decir, en qué medida ellas son valiosas, raras, difíciles de imitar e insustituibles. Las capacidades de una compañía se desarrollan en los procesos internos y, por lo tanto, están muy relacionadas con los recursos que una organización posee (Barney, 1991), por lo que a continuación, se analizarán las actividades primarias de la cadena de valor.

3.1.2.2.3.1. Análisis de la cadena de valor

La cadena de producción de valor es un sistema de actividades interdependientes, que se conectan mediante diversos enlaces, donde la gestión adecuada de ellas suele constituir un buen medio para obtener ventaja competitiva (Porter, 1980).

El principal enfoque de la cadena de valor está en analizar los procesos de la organización, ya sean estos productivos (primarios) o de soporte (apoyo). Las actividades creadoras de valor de la empresa se clasifican en nueve categorías genéricas: se denominan actividades primarias las que son relativas a la creación física del producto o servicio, su comercialización y distribución entre los clientes, así como servicio postventa; mientras que las secundarias son las que proporcionan los factores de producción y la infraestructura que posibilitan el funcionamiento de las actividades primarias (ver ilustración 23).

Ilustración 23: Cadena de valor



Fuente: Elaboración propia, según datos de Vital Salud IPS

3.1.2.2.1.1.Actividades primarias

Para el análisis de la cadena de valor de Vital Salud IPS, se tendrán en cuenta las capacidades de las actividades primarias de la cadena de valor. Las cuáles son críticas para el cumplimiento de la propuesta de valor, destacándose entre ellas las siguientes: las actividades de información y recepción del usuario, consulta médica, exámenes diagnósticos, seguimiento del tratamiento del paciente y servicio al cliente. A continuación, se analizan en detalle cada una de las actividades primarias de la cadena de valor.

- **Información y recepción del usuario:**

Corresponde a la puerta de entrada de todos los servicios de la institución, constituyéndose en una actividad valiosa y de gran relevancia para el buen funcionamiento del servicio. Esta se inicia una vez que el paciente se comunica con las líneas de atención telefónica de la institución - que son atendidas por personas calificadas con entrenamiento en servicio y atención al cliente-, donde se le asigna fecha, hora y profesional de acuerdo con su necesidad en salud. Asimismo, se le orienta para que llegue por lo menos 15 minutos antes de su cita, solicitándole además traer exámenes de laboratorio que se haya realizado en otras instituciones. Luego de verificar que el paciente haya recibido correctamente la información, se registra la cita en el software institucional. En la fecha y hora acordada, el paciente es recibido por las personas de recepción de las instalaciones de la IPS, donde se le informa sobre sus derechos y deberes y, una vez verificada la cita, se le invita a esperar en una sala el llamado del profesional asignado.

Para el correcto desarrollo de esta actividad, es fundamental el cumplimiento del paciente en su cita y de los tiempos de consulta por parte de los profesionales. Sin embargo, en ocasiones los procesos o actividades tienen desviaciones en los tiempos establecidos, que pueden responder a ineficiencias del cliente interno, el externo e, inclusive, a factores medioambientales. Entre las

causadas por el cliente interno -donde se incluyen los profesionales de la salud y auxiliares de recepción- están el ausentismo laboral de los profesionales, la improvisación con personas no aptas para la asignación de citas, las fallas en la planificación de las agendas por el gestor de servicios, el no cumplimiento del planificador de citas por parte de los auxiliares y la falta de un sistema automatizado para este propósito.

En cuanto a las fallas por parte del usuario se encuentra la inasistencia a sus citas, incumplimiento del día y la hora de la cita por fenómenos sociales, culturales, económicos o ambientales, que ocasionan retrasos en la atención de las consultas.

Estas desviaciones, generan inconformidad en el servicio y congestión en la atención, redundando en insatisfacción del cliente interno y externo. Además de esto, se producen ineficiencias en la atención, lo que se traduce en aumentos de los costos de la atención, como ejemplo colocamos la atención del médico infectólogo, el cual debe atender 10 pacientes en una jornada de 5 horas, y su salario es de \$140.000 por hora, que por jornada laboral correspondería a un total de \$700.000. Cada consulta, por lo tanto, tiene un valor promedio de \$70.000. Pero si no llegan los 10 pacientes, sino solo 8 pacientes, igual se le pagan al profesional sus horas laborales y el costo por consulta se elevará a \$87.500, aumentando el costo por consulta para Vital Salud en \$17.500.

- **Consulta externa (medica):**

La consulta externa es aquella actividad que se ofrece a los pacientes por los diferentes profesionales. Dentro de estos, se encuentran los médicos generales y especialistas, además los profesionales paramédicos como odontólogos, psicólogos, nutricionistas, enfermeras, entre otros.

El profesional inicia su actividad de consulta con el llamado y recibimiento del paciente, luego procede a abrir una historia clínica donde se consignan datos personales y clínicos a través de lo que se conoce como semiología clínica. Según la apreciación del profesional, la actividad puede tomar varias vías; i) Ordenar una ayuda diagnóstica como un examen de laboratorio o imagen diagnóstica para posteriormente diagnosticar, ii) Remisión a otro profesional especialista o paramédico y iii) Establecer un diagnóstico y en común acuerdo con el paciente se elige su plan de tratamiento. En la primera vía, el profesional le indica al paciente que solicite una cita de control después de tener los exámenes, para poder tener un diagnóstico definitivo y así establecer un plan de tratamiento. En la segunda vía, cuando el profesional no puede definir la conducta de tratamiento a seguir, se le entrega al paciente un documento, llamado de referencia y contra referencia, que corresponde a un resumen de su historia clínica y que es remitido a otro profesional para que defina los posibles pasos a seguir. En la tercera vía, el profesional puede tomar la decisión de prescribir los medicamentos, procedimientos o recomendaciones, explicándole al paciente de forma detallada sus razones para hacerlo. Cualquier vía de acción es comunicada debidamente al paciente, quien luego es amablemente despedido por el profesional cargo para así dar por terminada la actividad.

Para que esta actividad de gran importancia se desarrolle de manera adecuada y fluida, sin dejar de lado a la calidad, es necesario tener en cuenta (entre otros factores): la competencia de los profesionales, los sistemas de información disponibles y una buena planificación.

Las competencias que requieren los profesionales que desempeñan esta actividad son el conocimiento y experiencia clínica, además de habilidades para el buen trato con los usuarios, y el sentido del servicio humanizado y seguro. Todas estas cualidades son las que permiten obtener un buen desempeño de las actividades de consulta externa.

Vital Salud IPS cuenta en la actualidad con un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud de alta competencia, con una sólida preparación académica, experiencia, sentido de pertenencia, compromiso y altos valores morales y éticos. El 90% de los médicos de la institución son expertos o con entrenamientos superiores a 10 años en los diferentes programas de atención, lo que constituye una capacidad de difícil imitación.

Estos profesionales, además de sus competencias descritas anteriormente, deben tener habilidades para la captura de datos -generados en la consulta externa a través de las historias clínicas y que permiten la validación de los resultados clínicos-, que son monitoreados y evaluados por el cliente/ EPS y los entes de dirección y control (como las secretarías de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social). Para lograr una adecuada captura de datos es necesario contar con un robusto sistema de información y planificación de los servicios para garantizar la eficiencia.

Estas actividades diferenciadoras son las que han generado valor a la organización por muchos años. Sin embargo, hay que tener en cuenta que hoy en día las expectativas de los clientes son cada vez mayores y, por tanto, se esperan nuevos desafíos.

- **Exámenes diagnósticos:**

Para el buen desempeño de las actividades de consulta externa, es fundamental la realización de los exámenes diagnósticos, que son realizados por medio del laboratorio clínico, rayos x, ecografías y electrocardiogramas. Estos servicios complementarios son claves para un buen diagnóstico y toma de decisión por parte de los médicos. Una vez que el profesional solicita un examen diagnóstico, se emite una orden y se le asigna una cita al paciente. En el caso de los laboratorios clínicos, se realizan las tomas de sangre y se reciben las muestras de orina y heces, que luego son transportadas al laboratorio a través de un protocolo estandarizado, donde se lleva a cabo el

procedimiento de rigor a través de equipos manuales y automatizados. Estas muestras son analizadas por el profesional bacteriólogo, quien emite un resultado que se reporta en el sistema de información como anexo a la historia clínica, para que el médico a cargo tenga acceso a su consulta.

La veracidad y oportunidad en los resultados emitidos son claves para que los médicos puedan realizar adecuados diagnósticos y por consiguiente tratamientos que redunden en salud para las personas atendidas en la institución. Las estadísticas que se llevan en la institución muestran que la calidad de los exámenes diagnóstico cumplen con los estándares nacionales, y su medición reporta resultados de calidad por encima del 98%. La entidad realiza controles de calidad internos de los diferentes laboratorios y controles de calidad externo a través del Instituto Nacional de Salud.

- **Seguimiento del tratamiento a los pacientes:**

En cuanto al seguimiento de los resultados de las atenciones médicas en la consulta externa, y en especial, a los pacientes inscritos en los programas de atención integral, estos se monitorean a través de consultas de control con frecuencias mensual, trimestral o semestral, según cada patología.

El proceso de seguimiento es liderado por un profesional de la salud competente en bioestadística para tal fin, el cual mediante análisis de bases de datos procede a diseñar en conjunto con el comité interdisciplinario la vigilancia epidemiológica y las diferentes estrategias de gestión del riesgo y se determinan cuáles son los pacientes por priorizar según sus necesidades y frecuencias de atención.

A partir de estos resultados, se generan agendas para la atención de las personas según el riesgo, estos listados son enviados a los diferentes profesionales para que realicen las intervenciones según cada caso. En el caso de pacientes que no asisten con regularidad según su programación, se les

conoce como “no adherentes”, estos listados de pacientes son entregados a un profesional de la salud (trabajador social y promotores de la salud) a quienes se les encarga la tarea de búsqueda activa de estos pacientes y cuya misión es educar, motivar y acompañar a este grupo de pacientes para que logren la adherencia a los diferentes programas.

En el caso de los pacientes que asisten regularmente, estos son atendidos por el equipo interdisciplinario quien ejecuta las acciones necesarias según las estrategias planteadas por los comités clínicos. El resultado de estas intervenciones se monitorea mensualmente, extrayendo los datos de las historias clínicas para comenzar nuevamente el ciclo.

El seguimiento a los tratamientos establecidos a los pacientes es lo que ha permitido el éxito en los programas de atención integral. En los últimos diez años, la institución ha tenido excelentes resultados realizando estas actividades, los cuales son conseguidos gracias al modelo de atención integral en salud, el cual es de difícil imitación dado que para desarrollarlo se necesita de un equipo interdisciplinario que tenga alto niveles de competencia, lo cual representa altas inversiones en desarrollo de capital humano, que no todas las instituciones pueden solventar.

No obstante, donde mayores falencias se observan son en las atenciones de recuperación de la salud, es decir, aquellas donde se atienden los pacientes según sus necesidades, pero que no operan bajo un programa de atención integral, dificultando el seguimiento y control de los tratamientos y el control del riesgo de las patologías. Estas son fallas que presenta el Sistema de Seguridad Social en Salud a nivel nacional, debido al tipo de contrataciones, las cuales son para atender una población determinada prestarles servicio de recuperación de la salud y no incluye actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

- **Servicio de atención al usuario:**

Atención al usuario o servicio al cliente, es entendido como el servicio que proporciona la institución para relacionarse con sus Usuarios. Son actividades interrelacionadas con el fin de que el usuario obtenga el servicio en el momento y lugar adecuado y se asegure un uso correcto del mismo. El usuario cada vez está más formado e informado y quiere ser agente activo, participar en el proceso de su enfermedad y conocer mejor los medios a su alcance.

Por ende, el personal encargado de desarrollar esta actividad es considerado como el canal de comunicación entre las necesidades de los clientes y las operaciones de la empresa, por lo que representa la autoridad para resolver problemas que afectan a los clientes directa o indirectamente. A su vez, realiza las mediciones para conocer el grado de satisfacción de los usuarios, prevenir las causas de conflictos con los usuarios, recibir y dar solución a las quejas y reclamaciones y estudiar las causas de insatisfacción de los clientes, ofrecer sugerencias para lograr contrarrestarlas.

Para resolver ágilmente las quejas de parte de los clientes la institución tiene establecido un tiempo máximo de respuesta para una petición o queja de 48 horas, aun cuando el 90% de ellas son resueltas inmediatamente, lo cual es altamente valorado por los usuarios. Las encuestas de satisfacción arrojan que el mayor número de quejas de los usuarios se da por no tener acceso oportuno a los canales de comunicación de la institución para la solicitud de sus citas. En otro sentido, es importante que la institución realice actividades de promoción para aumentar el número de consultas por parte de los usuarios, que en ocasiones no son adherentes a los programas y faltan a las citas médicas, causando aumento de los costos por horas/hombre no utilizadas.

La institución cuenta dentro de su Sistema de Gestión de la Calidad con actividades para monitoreo de la calidad del servicio, las que se realizan a través de encuestas personales a los

usuarios que asisten a las instalaciones. Sin embargo, una falencia detectada es no contar con un servicio de monitoreo vía telefónica u otro medio de comunicación para conocer la evolución de la enfermedad o los resultados obtenidos después de una intervención o tratamiento, donde el paciente sólo se entera de su evolución cuando requiere una cita de control. El problema que se produce es que la institución no tiene cómo determinar si los usuarios no regresan a los controles por no estar satisfechos o por no tener buenos resultados clínicos, así como tampoco tiene cómo saber si necesitan un traslado a otra IPS. De tal forma, podemos afirmar que esta debilidad debería ser corregida instaurando un proceso estandarizado y continuo de monitoreo posterior a una consulta.

3.1.2.2.4. Conclusiones del análisis de los recursos y capacidades

Dado el análisis realizado, se puede concluir que Vital Salud IPS cuenta con recursos tangibles e intangibles valiosos y difíciles de imitar como lo son: los recursos organizacionales, tecnológicos y humanos, investigación e innovación y reputación. Vital Salud IPS además cuenta con la experiencia por más de 15 años del staff médico y el modelo de atención en salud que permite realizar un excelente seguimiento de los tratamientos a los pacientes obteniendo excelentes resultados con respecto a la gestión clínica y rentabilidad económica. Estos recursos no pueden ser asumidos tan fácilmente por los competidores, por lo que en definitiva se convierte en una de las fuentes primarias de ventajas competitivas.

Sin embargo, se pudo detectar que existen debilidades en la capacidad de la planta física, ocasionando dificultades para abrir nuevos servicios o para ampliar la capacidad de atención de mayor número de usuarios.

Por otra parte, en cuanto a los procesos organizacionales hay falta de control y seguimiento de los indicadores institucionales por falta de herramientas tecnológicas que faciliten la medición de dichos indicadores.

En cuanto a la parte financiera, su mayor debilidad es la dependencia de un solo servicio (programa de atención de VIH), el cual genera la mayoría de los ingresos económicos de la organización.

A continuación, se presenta un listado de fortalezas y debilidades (ver tabla 6) más importantes para la organización de acuerdo con el análisis interno realizado por medio del análisis de recursos tangibles e intangibles y la cadena de valor.

Tabla 6: Listado de fortalezas y debilidades de Vital Salud IPS

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Mayor liquidez debido al aumento en los ingresos	Gran dependencia de un solo servicio (programa de atención de VIH), el cual genera la mayoría de los ingresos económicos de la organización
Procesos estandarizados bajo sistema de gestión de la calidad	Planta física insuficiente para la prestación de servicios
Altos niveles de competencia del talento humano para la atención de programas integrales	Carencia de tecnología que apoye el desarrollo de las actividades primarias
Excelente imagen institucional ante entes territoriales y usuarios	Alta rotación de los profesionales en puestos de trabajo claves
	Falta de control y seguimiento de los indicadores

Fuente: Elaboración propia

3.1.2.3. Análisis FODA

El análisis FODA permite integrar las oportunidades y amenazas detectadas por medio del análisis PESTEL y Porter, y las fortalezas y debilidades detectadas en el análisis interno por medio del análisis de los recursos y capacidades. Por ende, el análisis FODA permite evaluar la posición competitiva de la organización frente a un entorno de mercado y frente a la competencia, con el objeto de definir una propuesta de valor atractiva y una estrategia que permita desarrollar una posición competitiva sólida. Esta herramienta es una de las más relevantes al momento de realizar el análisis estratégico, debido a la integración y evaluación de los factores internos y externos, la cual permite desarrollar acciones estratégicas que permitan aprovechar las oportunidades y a su vez corregir debilidades importantes y defenderse de las amenazas externas

El resultado de los análisis previos, permitieron identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que se muestran en el listado FODA (tabla 7).

Tabla 7: Listado FODA

OPORTUNIDADES	AMENAZAS	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Integración en red de las instituciones de salud	Mercado cada vez más saturado	Mayor liquidez debido al aumento en los ingresos	Gran dependencia de un solo servicio, programa de atención de VIH, el cual genera la mayoría de los ingresos económicos de la organización
Aumento del número de afiliados del Régimen Contributivo, debido al Sistema de Afiliación Transaccional	Mayor regulación por incumplimiento de los estándares de calidad	Procesos estandarizados bajo sistema de gestión de la calidad	Planta física insuficientes para la prestación de servicios
Aumento del número de pacientes con enfermedades crónicas y de alto costo, debido a estilos de vida poco saludables	Falta de políticas públicas que promuevan la promoción y prevención de las enfermedades	Altos niveles de competencia del talento humano para la atención de programas integrales	Carencia de tecnología que apoye el desarrollo de las actividades primarias
Avances tecnológicos que permitirían mejorar la eficiencia y productividad del sector de la salud	Altos aranceles de importación de equipos biomédicos	Excelente imagen institucional ante entes territoriales y usuarios	Alta rotación de los profesionales en puestos de trabajo claves
			Falta de control y seguimiento de los indicadores

Fuente: Elaboración propia

Para que el análisis sea más sólido, es necesario aplicar el FODA cuantitativo el cual permite confrontar los factores externos e internos asignando un peso específico a cada variable identificada, consiguiendo de esta forma desarrollar un análisis más objetivo de la matriz FODA tradicional.

Esta herramienta posibilita la participación de distintos actores de la empresa, obteniendo un análisis transversal y entregando herramientas cuantitativas para tomar decisiones respecto a cuál es la mejor forma de aprovechar las oportunidades y enfrentar las amenazas, considerando que la empresa cuenta con recursos limitados. En el caso de Vital salud IPS se realizaron reuniones dirigidas por la gerencia con la participación de la Junta directiva y los diferentes gestores de áreas o líderes de procesos.

A continuación, se muestra la ilustración 24 la cual presenta la matriz FODA cuantitativa, la cual relaciona las Fortalezas-Debilidades con las Oportunidades-Amenazas, esta matriz se realiza según la importancia relativa que presentan los factores señalados en el análisis anterior, donde se aplica una puntuación de 1 a 5 para representar el grado en el que se activan o desactivan las oportunidades o amenazas.

Para valorar el primer cruce hay que tener presente la intensidad con la cual la fortaleza activa la oportunidad. Si valoramos con un 5 la relación entre F1 y O1, estamos diciendo que la fortaleza sí te permite tomar ventaja de tal oportunidad. Si valoramos tal relación con una nota baja, por ejemplo, un 1, estamos diciendo que la fortaleza no nos permite aprovechar la oportunidad. En este cuadrante se prefieren notas altas respecto a las bajas.

En cuanto al segundo cuadrante fortalezas versus amenazas hay que preguntarnos cómo una fortaleza nos permite desactivar una amenaza. Si valoramos con un 5 la relación entre F1 y A1,

estamos diciendo que la fortaleza sí te permite enfrentar tal amenaza. Si valoramos tal relación con una nota baja, por ejemplo, un 1, estamos diciendo que la fortaleza no nos permite enfrentar la amenaza. En este cuadrante se prefieren notas altas respecto a las bajas.

El tercer cuadrante debilidades versus oportunidades, indican como las debilidades desactivan las oportunidades. Si valoramos con un 5 la relación entre D1y O1, estamos diciendo que la debilidad no nos permite tomar ventaja de tal oportunidad. Si valoramos tal relación con una nota baja, por ejemplo, un 1, estamos diciendo que la debilidad no nos afecta para que aprovechemos tal oportunidad. En este cuadrante a diferencia de los anteriores, se prefieren notas bajas.

Finalmente, el cuarto cuadrante debilidades versus amenazas permite identificar si las debilidades activan las amenazas. Si Valoramos con un 5 la relación entre D1 y A1, estamos diciendo que la debilidad permite que se active tal amenaza. En cambio, si valoramos esa relación con una nota baja, por ejemplo, un 1, estamos diciendo que la debilidad no activará la amenaza. En este cuadrante a diferencia de los anteriores, se prefieren notas bajas.

El resultado del análisis con los diferentes equipos de trabajo se presenta a continuación en la matriz de la ilustración 24.

Ilustración 24: Matriz FODA Cuantitativa

MATRIZ FODA		Oportunidades				Promedio	Amenazas				Promedio
		Integración en red de las instituciones de salud	Aumento del número de afiliados del Régimen Contributivo, debido al Sistema de Afiliación Transaccional	Aumento del número de pacientes con enfermedades crónicas y de alto costo, debido a estilos de vida poco saludables	Avances tecnológicos que permitirían mejorar la eficiencia y productividad del sector de la salud		Mercado cada vez más saturado	Mayor regulación por incumplimiento de los estándares de calidad	Falta de políticas públicas que promuevan la promoción y prevención de las enfermedades	Altos aranceles de importación de equipos biomédicos	
		O1	O2	O3	O4		A1	A2	A3	A4	
N°	Fortalezas										
F1	Mayor liquidez debido al aumento de los ingresos	2	2	2	2	2,00	2	5	1	4	3,00
F2	Procesos estandarizados bajo sistema de gestión de la calidad	5	5	5	5	5,00	3	5	4	1	3,25
F3	Altos niveles de competencia del talento humano para la atención de programas integrales	5	4	5	5	4,75	4	5	4	1	3,50
F4	Excelente imagen institucional ante entes territoriales y usuarios	5	5	5	3	4,50	5	5	4	3	4,25
Promedio		4,3	4,0	4,3	3,8		3,5	5,0	3,3	2,3	
N°	Debilidades										
D1	Gran dependencia de un solo servicio (programa de atención de VIH), el cual genera la mayoría de los ingresos económicos de la organización	2	5	2	2	2,75	5	4	2	4	3,75
D2	Planta física insuficientes para la prestación de servicios	5	5	5	5	5,00	5	5	3	3	4,00
D3	Carencia de tecnología que apoye el desarrollo de las actividades primarias	4	4	5	5	4,50	5	5	4	4	4,50
D4	Alta rotación de los del personal de apoyo (tecnicos) en puestos de trabajo claves	3	4	4	4	3,75	5	5	3	1	3,50
D5	Falta de control y seguimiento de los indicadores del sistema de gestión de la calidad	4	4	4	1	3,25	4	5	2	4	3,75
Promedio		3,6	4,4	4,0	3,4		4,8	4,8	2,8	3,2	

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se analizan los cruces de cada cuadrante ilustrados en la matriz FODA cuantitativa (ilustración 24). Para luego proceder a desarrollar las estrategias que permitan a la organización competir en el mercado.

- **Fortalezas versus oportunidades:**

EL primer cruce de la matriz FODA cuantitativa, permitió identificar las fortalezas que tienen mayor impacto en las oportunidades, las cuales son:

1. La fortaleza F2 (procesos estandarizados bajo sistema de gestión de la calidad) activa las oportunidades O2 (aumento del número de afiliados del régimen contributivo, debido al sistema de afiliación transaccional) y O3 (aumento del número de pacientes con enfermedades crónicas y de alto costo, debido a estilos de vida poco saludables). El hecho de contar con procesos estandarizados permitirá tener las bases para prestar una atención de calidad a la nueva población que se obtenga dado el aumento de las enfermedades crónicas.
2. La fortaleza F3 (Altos niveles de competencia del talento humano para la atención de programas integrales) activan las oportunidades O2 (aumento del número de afiliados del régimen contributivo, debido al sistema de afiliación transaccional) y O3 (aumento del número de pacientes con enfermedades crónicas y de alto costo, debido a estilos de vida poco saludables). Los altos niveles de competencia del talento humano permiten desarrollar las capacidades de otros miembros de la organización, a través de la implementación de un programa de capacitación en manejo de patologías crónicas de alto costo (VIH, AR, EPOC) para que estos actúen de forma competente, al momento de

aumentar la demanda de pacientes con enfermedades crónicas, lo que se traducirá en eficiencia operacional.

3. La fortaleza F4 (excelente imagen institucional ante Entes territoriales, EPS y usuarios) activa la oportunidad O1 (integración en red de las instituciones de salud). La institución al poseer una excelente imagen institucional ante los entes territoriales, EPS y usuarios obtiene credibilidad y confianza frente al mercado lo cual es un atractivo que le permite crear alianzas con otras instituciones de salud, lo cual se podrá traducir en disminución de costos y mayor participación del mercado.

La estrategia que implementará la organización para poder aprovechar las oportunidades que le ofrece el mercado, serán de crecimiento y diferenciación competitiva en cuanto a la calidad de la atención, para esto la organización cuenta con un talento humano con altos niveles de competencia que la diferencian, con procesos estandarizados que guiarán la atención y una imagen que le ayudará a posicionarse en el mercado, logrando que las EPS la prefieran como prestadora de salud al momento de realizar contrataciones, que los usuarios la soliciten como IPS y las otras entidades de salud la identifiquen como un posible aliado.

- **Fortalezas versus amenazas:**

El segundo cruce de fortalezas versus amenazas, permito detectar las fortalezas que pueden desactivar las tres amenazas más importantes, las cuales son:

1. La fortaleza F3 (Altos niveles de competencia del talento humano para la atención de programas integrales) desactiva la amenaza A2 (mayor regulación por incumplimientos de los estándares de calidad). La institución al contar con un talento humano con altos niveles de competencia podrá desarrollar planes de atención con altos estándares de

calidad ya que el personal encargado, podrá detectar las desviaciones en cuanto a la prestación del servicio que pueda perjudicar el cumplimiento de los estándares de calidad.

2. La fortaleza F4 (excelente imagen institucional ante entes territoriales y usuarios) desactiva la amenaza A1 (mercado cada vez más saturado). La excelente imagen institucional, se traduce en mayor credibilidad y confianza ante las EPS y los usuarios, lo que puede incidir en un aumento de la demanda de nuestros servicios.

La estrategia que implementará la organización para desactivar las amenazas dadas las fortalezas que posee, serán las de crecimiento a través de la oferta de servicios complementarios y diversificación con otros servicios menos saturados en el mercado. El crecimiento a través de la entrega de otros servicios le permitirá a la organización ser más competitiva y ofrecer un mayor número de servicios, sin embargo, es importante que estos servicios tengan un factor diferencial en cuanto a su atención, para así lograr desarrollar una barrera protectora frente a la competencia.

- **Debilidades versus oportunidades:**

En el tercer cruce de la matriz FODA, se pudo determinar cuáles son las debilidades que desactivan fuertemente las oportunidades, las cuales se analizarán a continuación:

1. La debilidad D2 (planta física insuficiente para la prestación de servicios) desactiva la oportunidad O2 (aumento del número de afiliados del régimen contributivo, debido al sistema de afiliación transaccional) y O3 (aumento del número de pacientes con enfermedades crónicas y de alto costo, debido a estilos de vida poco saludables). La D2 inactiva las dos oportunidades, porque Vital Salud IPS al no contar con una planta física suficiente para la prestación de servicios, no podrá cubrir la demanda de nuevos

afiliados, convirtiéndose en poco atractiva para las EPS, al no cumplir con la oportunidad en la asignación de citas demandadas, lo cual no le favorece a las EPS.

2. La debilidad D3 (carencia de tecnología que apoye el desarrollo de las actividades primarias) desactiva la oportunidad O2 (aumento del número de afiliados del régimen contributivo, debido al sistema de afiliación transaccional) y O3 (aumento del número de pacientes con enfermedades crónicas y de alto costo, debido a estilos de vida poco saludables). La institución al no contar con tecnología suficiente (equipos biomédicos, software) para desarrollar las actividades primarias impedirá que se ofrezca una atención de calidad a los nuevos usuarios, lo cual se traducirá en resultados clínicos negativos, por no poder realizar seguimiento y control de los tratamientos de forma eficaz y eficiente.

La organización para poder desactivar las amenazas tendrá que minimizar sus debilidades. Para esto hará inversiones en investigación y desarrollo que aumenten la eficiencia operativa y la calidad de la atención. Por un lado, se fortalecerá el capital humano en referencia al desarrollo de las competencias del staff administrativo y clínico, logrando mayor eficiencia y productividad en la prestación de los servicios. Por otro lado, se ampliará la capacidad instalada en cuanto a la infraestructura física y biotecnológica, lo que se traducirá en mayor oportunidad para la atención de los usuarios, y por último fortalecer la calidad del servicio y las relaciones con nuestros usuarios.

- **Debilidades versus amenazas:**

Al realizar el último cruce de la matriz FODA, se pudo detectar las debilidades que activan fuertemente las amenazas que afronta la institución, las cuales son:

1. La debilidad D2 (planta física insuficiente para la prestación de servicios) activa la amenaza A1 (mercado cada vez más saturado) Vital Salud IPS al poseer una planta física insuficiente facilita la captación y retención de usuarios por parte de otros competidores, lo cual se traducirá en menor atención de usuarios para Vital Salud lo que impactará sus ingresos y rentabilidad.
2. La debilidad D3 (carencia de tecnología que apoye el desarrollo de las actividades primarias) activa la amenaza A2 (mayor regulación por incumplimiento de los estándares de calidad). La carencia de tecnología que apoye el desarrollo de las actividades primarias aumenta la posibilidad de incumplir con los estándares de calidad. Estos estándares, son cada día más exigentes, tanto por los usuarios como por las EPS, y se debe trabajar con estándares de calidad muy superior, por lo que es necesario desarrollar procesos automatizados a través de herramientas que permitan aumentar la productividad de dichas actividades.

La organización para poder minimizar las amenazas y debilidades implementará estrategias que aumenten la productividad del capital humano para ser más competitiva en el mercado logrando así crecer y diferenciarse, con respecto a la calidad con que se desarrollan los procesos en la organización. Esto se traducirá a largo plazo en la preferencia de nuestros servicios por parte de la EPS debido a la efectividad de los tratamientos y disminución de costos de los tratamientos de los pacientes.

Las estrategias mencionadas anteriormente, proporcionarán una posición competitiva sólida a la institución. Lo que es clave al momento de definir una propuesta de valor atractiva para los clientes interesados que para el caso de Vital Salud IPS estos corresponden a los usuarios y la EPS.

3.1.2.4. Formulación estratégica

La formulación estratégica consolida la información obtenida de los análisis previos, por lo que se prosigue a desarrollar las estrategias originadas del cruce de la matriz FODA, este cruce permite consolidar dos grandes estrategias para Vital Salud IPS.

En primer lugar, se ubica la estrategia de crecimiento de mercado, con la que se pretende ser más competitivos en el mercado y ofrecer servicios complementarios que aumenten la recuperación y rehabilitación del usuario, sin embargo, es importante que estos servicios tengan un factor diferencial en cuanto a su atención, logrando desarrollar una barrera protectora frente a la competencia. Por otro lado, se ampliará la capacidad instalada en cuanto a la infraestructura física y tecnológica, lo que se traducirá en mayor oportunidad para la atención de los usuarios, y por último fortalecer la calidad del servicio y las relaciones con nuestros proveedores y usuarios, para así, mantener y aumentar la satisfacción y fidelidad del usuario y la EPS.

En segundo lugar, se encuentra una estrategia orientada a brindar una mejor calidad en el servicio entregado al usuario, la cual tiene el propósito de maximizar las competencias técnicas y científicas del capital humano en cuanto a la prestación del servicio, y fomentar una cultura que esté orientada al mismo, logrando que los usuarios y EPS prefieran a Vital Salud IPS como prestadora de salud al momento de realizar contrataciones dado a los servicios que ofrece para entregar una atención integral en salud.

Las estrategias expuestas anteriormente, direccionan a la organización hacia el cumplimiento de sus objetivos estratégicos, misión, visión y valores, sin embargo, es necesario diseñar una propuesta de valor que permita visualizar los atributos de valor que serán ofrecidos a los clientes (EPS y Usuarios).

3.1.2.4.2.1. Propuesta de valor

Según Lanning y Michaels, (1988) la propuesta de valor es una declaración expresa de los beneficios a los clientes de la organización, por lo que a continuación, se detallan atributos que facilitaran el cumplimiento de la propuesta valor dirigido a la EPS y los usuarios de la institución:

Atención integral en salud: Se define como la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la recuperación y rehabilitación en la salud, para las personas. Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajen como un equipo de salud coordinado.

Costo – efectividad: La relación costo-efectividad de los programas de atención integral intervienen de forma terapéutica o preventiva. La relación entre el costo se enfoca a los recursos financieros implementados en la intervención y la efectividad clínica, esta es una medida que indica el impacto entre los resultados clínicos y el costo de las intervenciones terapéuticas o preventivas. El objetivo de este atributo es realizar el buen uso de los recursos y efectividad clínica.

Trato cálido y humano: La calidad de la atención que requieren los usuarios va más allá de la cortesía, devela pensamientos y emociones que reflejan la necesidad de un buen trato humano e integral y los procedimientos que garanticen la seguridad del paciente.

Oportunidad: Este atributo se refiere al tiempo de espera de los usuarios para ser atendidos, el tiempo máximo de espera debe ser de 30 minutos, de lo contrario la institución debe presentar disculpas por la demora en la atención y dar opciones al usuario para que reciba una atención oportuna.

Sin embargo, es importante destacar que la institución no posee problemas con respecto a número de días, o meses en que el profesional de la salud pueda intervenir al usuario según su requerimiento.

Es por esto, que la institución considera la oportunidad con respecto al tiempo de espera y no es número de días en que el profesional de la salud interviene al usuario, de igual forma es importante mencionar que el usuario es lo que más valora.

Posterior a las definiciones de cada atributo de valor, se procede a definir la propuesta de valor que la institución ofrece a la EPS y a los usuarios:

PROPUESTA DE VALOR VITAL SALUD IPS

“Brindar una atención integral en salud a nuestros pacientes a través de programas de atención costo-efectivos y oportunos, privilegiando siempre un trato cálido y humano”

3.2 Etapa II: Planificación de la estrategia

La segunda etapa del sistema se encarga de convertir las definiciones estratégicas (obtenidas en la etapa 1) a objetivos, indicadores, metas e iniciativas, otorgando una mirada práctica del curso y acciones que debe tomar Vital Salud IPS para cumplir con su estrategia. Para alcanzar este objetivo, se utiliza el mapa estratégico (ilustración 32), el cuadro de mando integral y el Stratex, tres herramientas de gestión sugeridas por los autores Kaplan y Norton (2008) para la aplicación del sistema de ciclo cerrado.

3.2.1 Mapa estratégico

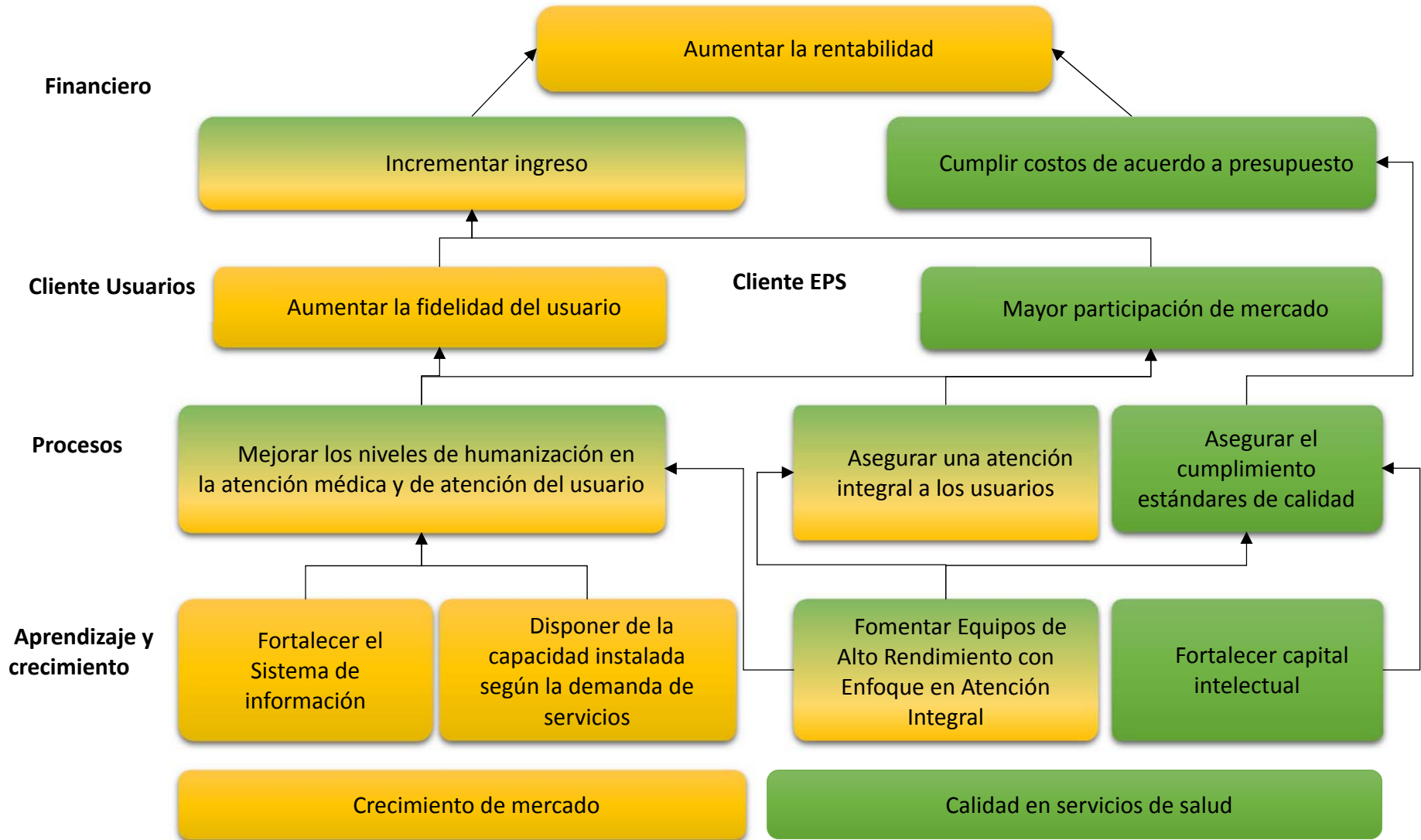
El mapa estratégico describe el proceso de creación de valor mediante una serie de relaciones de causa efecto entre objetivos que están organizados en cuatro perspectivas claves (perspectiva

financiera, cliente, procesos y aprendizaje y crecimiento) en una organización (Kaplan y Norton, 2008).

La primera perspectiva es la financiera, la cual indica los resultados tangibles como el retorno sobre la inversión, el valor agregado económico, las ganancias operativas, los ingresos por cliente y el costo por unidad producida. La segunda perspectiva corresponde a la del cliente y esta considera la percepción que tiene el cliente, en cuanto a lo que espera o necesita. Por otro lado, la perspectiva de proceso se centra en la efectividad de los procesos internos y la identificación de actividades clave que tienen el mayor impacto en el funcionamiento del negocio. Finalmente, la perspectiva de aprendizaje y crecimiento considerara el desarrollo del recurso humano, recurso tecnológico e infraestructura física (ver definiciones de mapa estratégico en el capítulo 2 sección 2.2.2.2).

Para el desarrollo del mapa estratégico de para Vital Salud IPS se definieron dos estrategias, la primera se enfoca en la calidad en salud y la segunda corresponde al crecimiento del mercado. A continuación, se muestra el desarrollo del mapa y las relaciones causa efecto de cada uno de los objetivos estratégicos (ilustración 25).

Ilustración 25: Mapa estratégico



Fuente: Elaboración propia

3.2.2 Relación causa efecto de objetivos

En esta sección, se explica la relación de dos o más objetivos a través de las perspectivas del mapa estratégico, con el fin de clarificar el efecto que tendrá su cumplimiento desde la perspectiva de aprendizaje y crecimiento hasta la perspectiva financiera.

Tabla 8: Relación causa- efecto del CMI

Perspectiva	Causa	Efecto	Relación Causa-Efecto
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Fortalecer el sistema de información	Mejorar los niveles de humanización en la atención médica y de atención del usuario	Al fortalecer el sistema de información, los profesionales de la salud tendrán acceso oportuno de la información médica de los usuarios, lo que se traduce en una mejor toma de decisión por parte de los profesionales en el momento de la prestación del servicio, lo cual dará como resultados unos mejores niveles de humanización (atención cálida y humana) en la atención.
	Disponer de la capacidad instalada según la demanda de servicios	Mejorar los niveles de humanización en la atención médica y de atención del usuario	Disponer de la capacidad instalada según la demanda de servicios (consultorios, salas de procedimientos, salas de diagnósticos y salas de rehabilitación) y equipos biomédicos permitiendo ofrecer un portafolio de servicios integrales en salud a los usuarios. Con nuevas sedes en puntos estratégicos de la ciudad, más usuarios podrán acceder a los modelos de atención integral que ofrece la institución, mejorando los niveles de humanización en la atención médica y de atención del usuario.

Tabla 8: Relación causa- efecto (continuación)

Perspectiva	Causa	Efecto	Relación Causa-Efecto
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Fomentar Equipos de Alto Rendimiento con Enfoque en Atención Integral	Mejorar los niveles de humanización en la atención médica y de atención del usuario	Al fomentar equipos de alto rendimiento se podrán desarrollar técnicas de comunicación y resolución de problemas que contribuirán a aumentar y mejorar los niveles de humanización de la atención, procurando que el usuario perciba que el servicio que está recibiendo tiene un alto nivel de humanización y que su salud es la prioridad.
		Asegurar una atención integral a los usuarios	Al fomentar equipos de alto rendimiento con enfoque en atención integral, se tendrán bases sólidas para la toma de decisión de los miembros de los equipos de trabajo para asegurar que la atención que se brinde sea integral.
		Asegurar el cumplimiento estándares de calidad	Al fomentar las competencias técnicas y científicas del talento humano, nos permitirá constituir equipos de alto rendimiento que tendrán las capacidades y conocimientos necesarios para contribuir con el cumplimiento de los estándares de calidad, permitiendo obtener resultados positivos en la atención del servicio.

Tabla 8: Relación causa- efecto (continuación)

Perspectiva	Causa	Efecto	Relación Causa-Efecto
PROCESOS	Mejorar los niveles de humanización en la atención al usuario	Aumentar la fidelidad del usuario	Mejorar los niveles de humanización en la atención al usuario, indica mayor rigurosidad al momento en que se realice la atención evitando fallas e inconformidad por parte del usuario, logrando que la atención que este reciba sea cálida, humana y segura, lo cual permite aumentar la fidelidad del mismo.
	Asegurar una atención integral a los usuarios	Aumentar la fidelidad del usuario	Asegurar una atención integral a los usuarios, indica que los profesionales de la salud realizan intervenciones programadas según las patologías, logrando un mayor acercamiento a los usuarios, lo que se podría traducir en el aumento de la fidelidad del usuario.
		Mayor participación de mercado	Asegurar una atención integral a los usuarios, permitirá tomar las medidas preventivas o correctivas de la forma como se ejecuta el plan de tratamiento establecido por los profesionales, evitando desenlaces mórbidos o fatales de los pacientes, lo cual facilita la entrada de un mayor número de afiliados dada la calidad expresada a través de los resultados clínicos.
	Asegurar el cumplimiento estándares de calidad	Cumplir costos de acuerdo a presupuesto	El cumplimiento de los estándares de calidad evitará que se produzcan retrasos en la atención e inconvenientes que provoquen el aumento de los costos, por lo que al asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad se contribuirá al cumplimiento de los costos de acuerdo a presupuesto.
USUARIO	Aumentar la fidelidad del usuario	Incrementar ingresos	La fidelización del usuario indica mayor preferencia por nuestros servicios, lo que se traduce en mayores ingresos por el aumento de la participación del mercado.
EPS	Mayor participación de mercado	Incrementar ingresos	Al obtener mayor participación de mercado por parte de la EPS, aumentará el número de afiliados de la IPS lo que aumenta el número de consultas realizadas e incremento de los ingresos.

Fuente: Elaboración propia

Al comprender la relación causa efecto, es necesario establecer los indicadores, metas, periodo, iniciativa y el costo de cada objetivo. Por lo que a continuación, se detallara el Cuadro de Mando Integral para Vital Salud IPS.

3.2.3 Cuadro de mando integral

Este CMI integra un conjunto de medidas que aporta una visión rápida, pero global, de la actividad empresarial, incluyendo las medidas financieras que expresan los resultados de las acciones ya adoptadas. Éstas se complementan con medidas operativas, de satisfacción del cliente, de los procesos internos y de las actividades de innovación y mejora de la organización, que serán las impulsoras del futuro rendimiento financiero. Ésta herramienta se fundamenta y se elabora tradicionalmente en torno a cuatro perspectivas fundamentales, las cuales se explican con mayor detalle en el capítulo 2 sección 2.2.2.3.

El cuadro de mando integral (CMI) desarrollado para Vital Salud IPS vincula los objetivos a través de sus perspectivas y plantea indicadores específicos para cada objetivo, también se definieron las metas esperadas e iniciativas que promuevan el logro de objetivos. A continuación, se muestran los objetivos de cada perspectiva, sus indicadores respectivos, la fórmula de cálculo del indicador, las metas definidas, los períodos de medición y las iniciativas estratégicas para apoyar el cumplimiento de los objetivos.

Tabla 9: Cuadro de mando integral Vital Salud IPS

PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATEGICO	NOMBRE DEL INDICADOR	METRICA	META	FRECUENCIA	INICIATIVAS
FINANCIERA	Incrementar ingreso	Variación de los ingresos	$(\text{Ingresos por ventas año } t - \text{Ingresos por ventas año } t-1) / (\text{Ingresos por ventas año } t) * 100$	15%	Mensual	No aplica
		Rentabilidad por afiliado	$(\text{Utilidad por programa} / \text{N}^\circ \text{ total de afiliados atendido en el programa}) * 100$	43%	Mensual	No aplica
	Cumplir costos de acuerdo a presupuesto	Variación de la ejecución presupuestal	$(\text{Costo Real} - \text{Costo Pptado}) / (\text{Costo Pptado}) * 100$	<10%	Mensual	No aplica
USUARIO	Aumentar la fidelidad del usuario	Variación de Usuarios activos	$(\text{Usuarios activos de cada programa} - \text{Usuarios desertores de cada programa de salud}) / (\text{N}^\circ \text{ total de usuarios activos en cada programa}) * 100$	>90%	Anual	Desarrollar programa de fidelización al usuario que contenga estrategias que beneficien la atención y las necesidades de los usuarios de la institución, como: horarios flexibles de atención, servicios adicionales no incluidos en su plan de salud, reducción de tiempos de espera, educación en salud, entre otros.
EPS	Mayor participación de mercado	Participación en el mercado por programas de atención Integral Régimen Subsidiado	$(\text{N}^\circ \text{ de usuarios totales de la empresa por programa de atención del régimen subsidiado} / \text{N}^\circ \text{ total de usuarios de del régimen subsidiado por programas del departamento del Atlántico}) * 100$	5%	Mensual	Desarrollar plan de mercadeo institucional dirigido a las EPS's de régimen contributivo y subsidiado del departamento del Atlántico
		Participación en el mercado por programas de atención Integral Régimen Contributivo	$(\text{N}^\circ \text{ de usuarios totales de la empresa por programa de atención del régimen contributivo} / \text{N}^\circ \text{ total de usuarios del régimen contributivo por programa del departamento del Atlántico}) * 100$	5%	Mensual	

Tabla 9: Cuadro de mando integral Vital Salud IPS (continuación)

PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATEGICO	NOMBRE DEL INDICADOR	METRICA	META	FRECUENCIA	INICIATIVAS
PROCESOS	Mejorar los niveles de humanización en la atención médica y de atención del usuario	Usuario incognito que mida la aplicación de protocolos, guías clínicas, trato cálido y humano	(N° de protocolos y guías aplicadas correctamente/ N° total de protocolos y guías)*100	70%	Mensual	Diseñar e implementar un programa de humanización institucional o de acuerdo a la demanda de servicios y las características de cada paciente
		Rango promedio de 1-7 donde usuario incógnito califica, si el trato en la atención fue cálido y humano		5	Mensual	
	Asegurar una atención integral a los usuarios	Cumplimiento de las intervenciones por el equipo interdisciplinario	(N° de pacientes visto por equipo interdisciplinario según frecuencias establecidas ² / Total de pacientes activos en los programas)*100	95%	Mensual	Diseñar programa de seguimiento a riesgo a los pacientes de programas, a través de la planificación de las agendas de atenciones por cada uno de los profesionales del equipo interdisciplinario, de acuerdo a las frecuencias establecidas en las guías y protocolos
		Cumplimiento de la recuperación y rehabilitación en la salud, con un enfoque biopsicosocial	(N° de pacientes con recuperación biopsicosocial/ Total de pacientes activos en los programas)*100	20%	Semestral	
	Asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad	Cumplimiento de estándares de calidad	(N° de estándares de calidad cumplidos auditorías / Total de estándar establecidos)*100	95%	Mensual	Diseñar un programa de Gestión de la calidad

² Equipo interdisciplinario es aquel que está compuesto por todos los profesionales de la salud que participen en la atención integral.

Tabla 9: Cuadro de mando integral Vital Salud IPS (continuación)

PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATEGICO	NOMBRE DEL INDICADOR	METRICA	META	FRECUENCIA	INICIATIVAS
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Fortalecer el Sistema de información	Generación de información oportuna y de calidad	(Total de historias clínicas con datos no conformes en el periodo en el tiempo establecido ³ / Total de historias clínica auditadas en el periodo) *100	5%	Mensual	Adquisición de software que permitan la automatización de la información e implementación y desarrollo de programa de capacitación en el uso de tecnología de la información
		Análisis de la información de casos clínicos	(Total de casos clínicos analizados por programa/ Total de casos clínicos proyectados a analizar por programa) *100	100%	Trimestral	Desarrollar un plan de análisis de casos clínicos
	Disponer de la capacidad instalada según la demanda de servicios	Disponibilidad de Equipos biotecnológicos	(N° de equipos biotecnológicos disponibles en el periodo/Total de equipos biotecnológicos requeridos en el periodo)*100	100%	Anual	Diseñar un plan de mantenimiento y dotación de equipos biotecnológicos según demanda de servicios ofertados
		Variación de horas profesionales de la salud	(N° de horas profesionales disponibles para la atención periodo t - N° de horas profesionales para la atención periodo t-1 / Total de horas profesionales para la atención periodo t) *100	100%	Anual	Desarrollar un proyecto de ampliación que contemple la oferta y demanda de los servicio
		Variación de capacidad instalada (infraestructura física)	(Metros cuadrados requeridos año t - Metros cuadrados construidos año t-1 / Total de metros cuadrados año t) *100	20%	Mensual	
		Disponibilidad de box (consultorios médicos)	(N° de box disponibles en el periodo/Total de box requeridos en el periodo)*100	100%	Anual	

³ Las historias clínicas deben estar diligenciadas y disponibles, luego de finalizar la intervención, es decir, a los 30 minutos de haber iniciado la consulta.

Tabla 9: Cuadro de mando integral Vital Salud IPS (continuación)

PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATEGICO	NOMBRE DEL INDICADOR	METRICA	META	FRECUENCIA	INICIATIVAS
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Fortalecer equipos de alto rendimiento	Incremento de las competencias del equipo institucional	(N° de empleados de alto rendimiento año t - N° de empleados de alto rendimiento año t-1) / Total de empleados vinculados en el periodo a la institución)* 100	95%	Semestral	Diseñar un programa de desarrollo del recurso humano que contemple estrategias y valores enfocados en las habilidades, competencias, productividad y positividad reconocidas como necesarias para lograr equipos inteligentes, de alto desempeño, creativos, adaptables, resilientes
	Fortalecer capital intelectual	Variación del número de investigaciones de casos clínicos	(N° de investigaciones de casos año t - N° de investigaciones de casos año t-1) / (N° de investigaciones de casos año t)	4	Trimestral	Desarrollar un plan de investigaciones y seguimiento de casos clínicos
		Efectividad de las investigaciones de casos clínicos	(N° de tratamientos que mejoraron la calidad de vida del usuario/ Total de investigaciones de casos clínicos realizados) * 100	80%	Trimestral	

Fuente: Elaboración propia

A partir de las definiciones de los indicadores de los objetivos estratégicos e iniciativas estratégicas plasmadas en las tablas anteriores, se procede a establecer la asignación de recursos a las iniciativas estratégicas por medio del STRATEX.

3.2.4 Stratex

El proceso de asignación de recursos a las iniciativas estratégicas es uno de los factores esenciales para definir la importancia corporativa de la aplicación del modelo de ciclo cerrado, y comunicar la voluntad de la empresa por generar cambios en su situación actual. Para este objetivo se utiliza el STRATEX, herramienta que permitirá diferenciar el presupuesto de las iniciativas estratégicas del presupuesto general de la empresa. A continuación, se clasificara si las iniciativas corresponden a gastos operativos (OPEX) o gastos de capital (CAPEX).

Tabla 10: Stratex Vital Salud IPS

Perspectiva	Objetivo	Iniciativa	OPEX	CAPEX
Cliente/ Usuario	Aumentar la fidelidad del usuario	Desarrollar programa de fidelización al usuario que contenga estrategias que beneficien la atención y las necesidades de los usuarios de la institución, como: horarios flexibles de atención, servicios adicionales no incluidos en su plan de salud, reducción de tiempos de espera, educación en salud, entre otros	✓	-
Cliente/ EPS	Mayor participación de mercado	Desarrollar plan de mercadeo institucional dirigido a las EPS's de régimen contributivo y subsidiado del departamento del Atlántico.	✓	-
Perspectiva	Objetivo	Iniciativa	OPEX	CAPEX
Procesos	Mejorar los niveles de humanización en la atención médica y de atención del usuario	Diseñar e implementar un programa de humanización institucional	✓	-
	Asegurar una atención integral a los usuarios	Diseñar programa de seguimiento a riesgo a los pacientes de programas, a través de la planificación de las agendas de atenciones por cada uno de los profesionales del equipo interdisciplinario, de acuerdo a las frecuencias establecidas en las guías y protocolos	✓	-
	Asegurar el cumplimiento de los estándares de calidad	Diseñar un programa de Gestión de la calidad	✓	-

Perspectiva	Objetivo	Iniciativa	OPEX	CAPEX
Aprendizaje y Crecimiento	Fortalecer el Sistema de información	Adquisición de software que permitan la automatización de la información e implementación y desarrollo de programa de capacitación en el uso de tecnología de la información	-	✓
	Disponer de la capacidad instalada según la demanda de servicios	Diseñar un plan de mantenimiento y dotación de equipos biotecnológicos según demanda de servicios ofertados	✓	✓
		Desarrollar un proyecto de ampliación que contemple la oferta y demanda de los servicio	-	✓
	Fortalecer equipos de alto rendimiento	Diseñar un programa de desarrollo del recurso humano que contemple el número de capacitaciones y habilidades y competencias que se deben desarrollar en la institución que constituye 7 fortalezas de productividad y 7 de positividad reconocidas como necesarias para lograr equipos inteligentes, de alto desempeño, creativos, adaptables, resilientes	✓	✓
	Fortalecer capital intelectual	Desarrollar un plan de investigaciones y seguimiento de casos clínicos	✓	-

Fuente: Elaboración propia

La definición de los indicadores de los objetivos estratégicos plasmados en las ilustraciones anteriores, facilita la participación de los responsables de las áreas funcionales de la institución en el cumplimiento de los objetivos estratégicos. A continuación se realizara el despliegue en cascada de las áreas más críticas de la institución a través de los tableros de gestión y control.

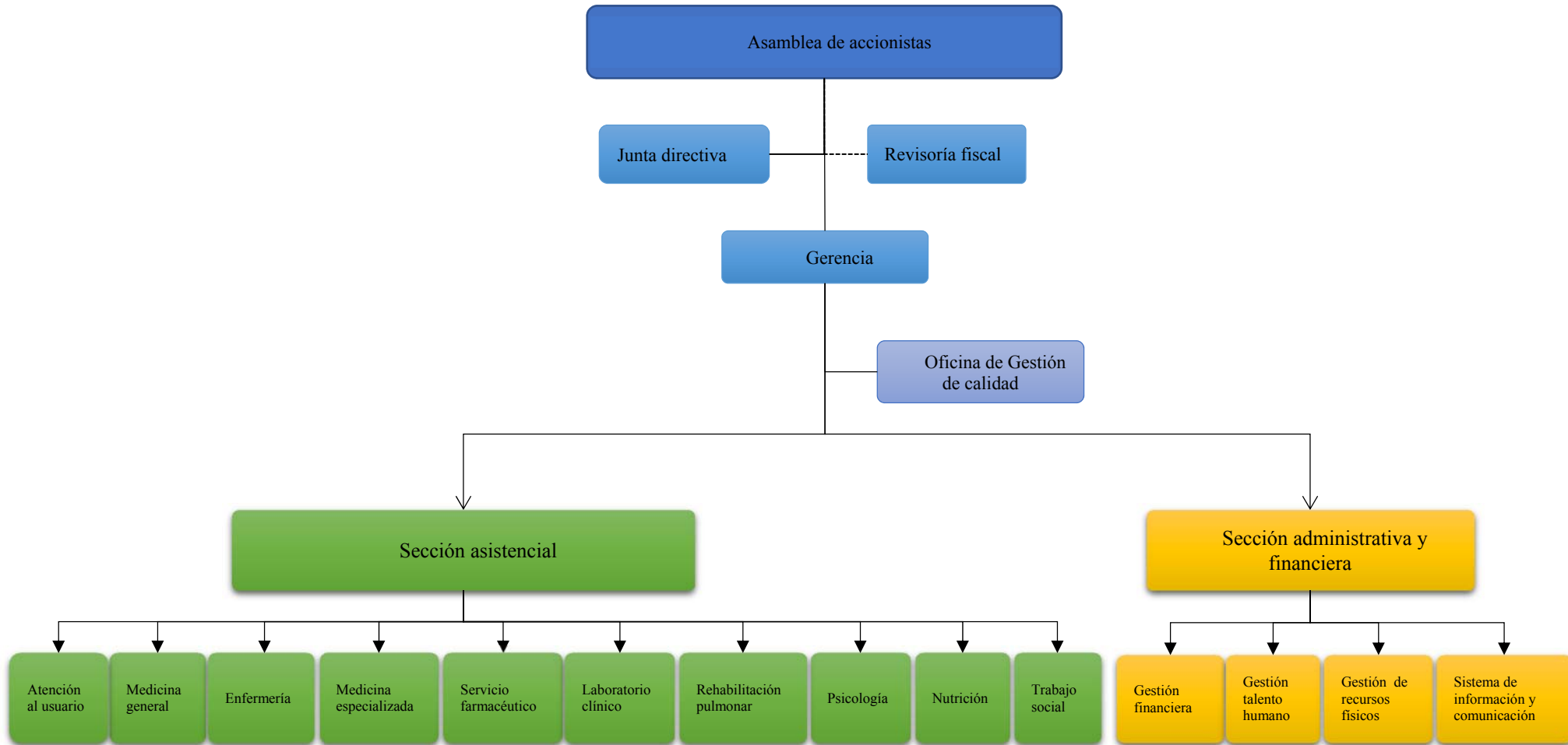
3.3 Etapa III: Alinear la organización

Al definir la estrategia corporativa se describe cómo la empresa crea valor a partir del conjunto de unidades de negocio, por tanto, se requiere del alineamiento de la organización. Kaplan y Norton (2008), proponen alinear a la organización a través de las áreas de negocio y de las áreas de soporte. El alineamiento debe vincularse a nivel de empleados para así conectar las metas reflejadas del plan estratégico con las acciones diarias que realizan los empleados que va desde las acciones diarias hasta las grandes metas reflejadas en el plan estratégico (Niven, 2002).

Para alinear las diferentes áreas funcionales de Vital Salud IPS, se realizará el despliegue en cascada del cuadro de mando integral a las áreas funcionales de la organización. Primero, se identificarán las áreas principales de la organización, para luego diseñar los tableros de gestión en los cuales se plasmarán los objetivos de cada área, que contribuirán al cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos en el CMI. Posteriormente, se definirán los indicadores del tablero de control, sobre la base de los objetivos definidos en el tablero de gestión. Finalmente, se establecerán los incentivos asociados al cumplimiento de las metas previamente definidas en el tablero de control (para más detalle, el lector puede ir al capítulo 2, etapa III en el capítulo 2 sección 2.2.3).

Para efectos del desarrollo del presente proyecto, es necesario describir los procesos y responsabilidades de las áreas funcionales claves en el cumplimiento de la propuesta de valor de Vita Salud IPS (ver ilustración 26).

Ilustración 26 Organigrama



Fuente: Elaboración propia

A continuación, se describirá, brevemente, la labor que realizan las áreas funcionales de Vital Salud IPS.

- Sección asistencial

La sección asistencial se encarga de planear, coordinar y organizar la atención de los servicios prestados en Vital Salud IPS, con el propósito de cubrir las necesidades en salud de los usuarios. Para esto la sección asistencial recopila información referente al número de usuarios afiliados a la institución, número de horas demandadas y ofertadas de los profesionales de la salud contratados en la institución, disponibilidad de la infraestructura física y biotecnológica.

La sección asistencial lidera los procesos referentes a la información y recepción del usuario, consulta externa, exámenes diagnósticos, seguimiento a pacientes y servicio de atención al usuario. Esta área de la organización representa el crecimiento en cuanto a ingresos y costos, los cuales se basan en los resultados clínicos obtenidos. Por otro lado, se encuentra el área administrativa y financiera encargada de estructurar de manera eficiente la fuerza de trabajo del personal.

- Sección administrativa y financiera

La sección administrativa tiene el objetivo de planificar las actividades organizacionales del personal asistencial y administrativo, organiza la fuerza de trabajo de una manera y estructura eficiente, direcciona al personal y coordinar las actividades de la organización en conjunto para el logro de las metas administrativas y financieras. Por otro lado, busca facilitar las actividades asistenciales y administrativas a través de las herramientas de tecnología de la información necesarias para el buen funcionamiento de la prestación de los servicios de salud y las actividades contables y financieras. A su vez esta sección, vela por la información económica y financiera de la institución.

3.3.1. Despliegue en cascada sección asistencial

El despliegue en cascada de esta área de la organización, provee la base a partir de la cual Vital Salud IPS intentará influir en el comportamiento de los miembros de la organización, con el fin de alinear los desempeños necesarios para el cumplimiento de la propuesta de valor. Este despliegue comienza con el diseño del tablero de gestión de la sección asistencial, en el cual se plasmarán los objetivos que debe cumplir para alcanzar los objetivos corporativos y propios de la unidad.

Esta sección lidera los procesos referentes a los servicios de salud que se prestan en la institución, dentro de los cuales están la atención al usuario, medicina general y especializada, enfermería, servicio farmacéutico, laboratorio clínico, rehabilitación pulmonar, psicología, nutrición, trabajo social (ver ilustración 26).

La labor que desempeña el servicio de atención al usuario corresponde a la puerta de entrada de todos los servicios de la institución. Esta se inicia una vez que el paciente se comunica con las líneas de atención telefónica de la institución -que son atendidas por personas calificadas con entrenamiento en servicio y atención al cliente-, donde se le asigna fecha, hora y profesional de acuerdo con su necesidad en salud. Atención al usuario, es entendido como el servicio que proporciona la institución para relacionarse con sus Usuarios, con el fin de que el usuario obtenga el servicio en el momento y lugar adecuado y se asegure un uso correcto del mismo.

Por otro lado, la atención prestada por los otros servicios de la sección asistencial, son considerados como la consulta externa la cual es ofrecida a los usuarios por los diferentes profesionales.

Donde el profesional inicia su actividad de consulta con el llamado y recibimiento del paciente, luego procede a abrir una historia clínica donde se consignan datos personales y clínicos a través de lo que se conoce como semiología clínica.

A continuación, se describirá brevemente las labores que desempeñan los servicios con el objetivo de aplicar el modelo de atención integral (biopsicosocial) según cada programa (VIH, AR, EPOC) y las guías y protocolos:

- Medicina general es el servicio prestado por un profesional de la medicina, que mediante un examen clínico y estudios complementarios determina el estado de salud o enfermedad de la persona, llega a un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento y de ser necesario realiza las remisiones a los diferentes servicios complementarios de acuerdo a su necesidad.
- Medicina especializada, según la especialidad es el servicio que desarrolla labores específicas y especializadas de diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento de una patología en particular (para VIH es un infectólogo, AR un reumatólogo y EPOC un neumólogo). Su labor al igual que la del médico general es llegar a un plan de tratamiento que logre la salud del paciente.
- Enfermería, es el servicio que sirve de apoyo al servicio de medicina y tiene labor fundamental educar a los pacientes en práctica de buenos estilos de vida (nutrición, ejercicio, apego a los medicamentos). Además, realiza su consulta y aplica su conocimiento basados en las guías y protocolos.
- Servicio farmacéutico, es el servicio de atención en salud prestado por un profesional químico farmacéutico, quien es responsable de las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico científico y administrativo, relacionados con los medicamentos y los dispositivos médicos prescritos o formulados por el servicio médico.

- Laboratorio clínico, brinda los medios de diagnóstico, con el fin de ayudar a confirmar o descartar un diagnóstico, controlar la evolución de la enfermedad y los resultados del tratamiento y detectar complicaciones.
- Rehabilitación pulmonar, tiene el propósito de disminuir los síntomas respiratorios, como la disnea, permitiéndole reintegrarse a sus actividades familiares y sociales y optimizar su autonomía e incrementar su participación en las actividades de la vida diaria, mejorando la calidad de vida del paciente.
- Psicología, es responsable de realizar el diagnóstico, evaluación, tratamiento de trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento.
- Nutrición, es el responsable de realizar un diagnóstico nutricional, educar al paciente acerca de buenos hábitos alimenticios, como también promoción de estilos de vida saludable, otros diagnósticos de interés nutricional y clasificación de riesgo nutricional.
- Trabajo social, tiene la labor de intervención social en la familia de acuerdo a los resultados arrojados por una serie de encuestas aplicadas al individuo y su núcleo o grupo familiar. Está dirigida a mejorar las condiciones de vida de los miembros al interior de la misma, generando espacios de inclusión social en la que los sujetos se comprometan hacer parte del cambio y transformación de su entorno familiar y social.

Para que los servicios mencionados anteriormente se desarrollen de manera adecuada y fluida, sin dejar de lado la calidad, es necesario tener en cuenta (entre otros factores): la competencia de los profesionales, los sistemas de información disponibles y una buena programación y optimización de la ejecución de la atención.

Las competencias que requieren los profesionales, entre otras, son el conocimiento y experiencia clínica, además de habilidades para el buen trato con los usuarios, y el sentido del servicio

humanizado y seguro. Todas estas cualidades son las que permiten obtener un buen desempeño de las actividades de consulta externa.

Asimismo, debe realizarse un seguimiento de los resultados de las atenciones médicas en la consulta externa, y en especial, a los pacientes inscritos en los programas, estos se monitorean a través de consultas de control con frecuencias mensual, trimestral o semestral, según cada patología. El proceso de seguimiento es liderado por un profesional de la salud, el cual mediante análisis de bases de datos diseña diferentes estrategias de gestión del riesgo y se determinan cuáles son los pacientes por priorizar según sus necesidades y frecuencias de atención.

A partir de estos resultados, se generan agendas para la atención de las personas según su estadio clínico, el cual indica su riesgo clínico. Estas agendas y listados son enviados a los diferentes profesionales para que realicen las intervenciones según cada caso. En el caso de pacientes que no asisten con regularidad según su programación, se les conoce como “no adherentes”, estos listados de pacientes son entregados a un profesional de la salud (trabajador social y promotores de la salud) a quienes se les encarga la tarea de búsqueda activa de estos pacientes y cuya misión es educar, motivar y acompañar a este grupo de pacientes para que logren la adherencia a los diferentes programas.

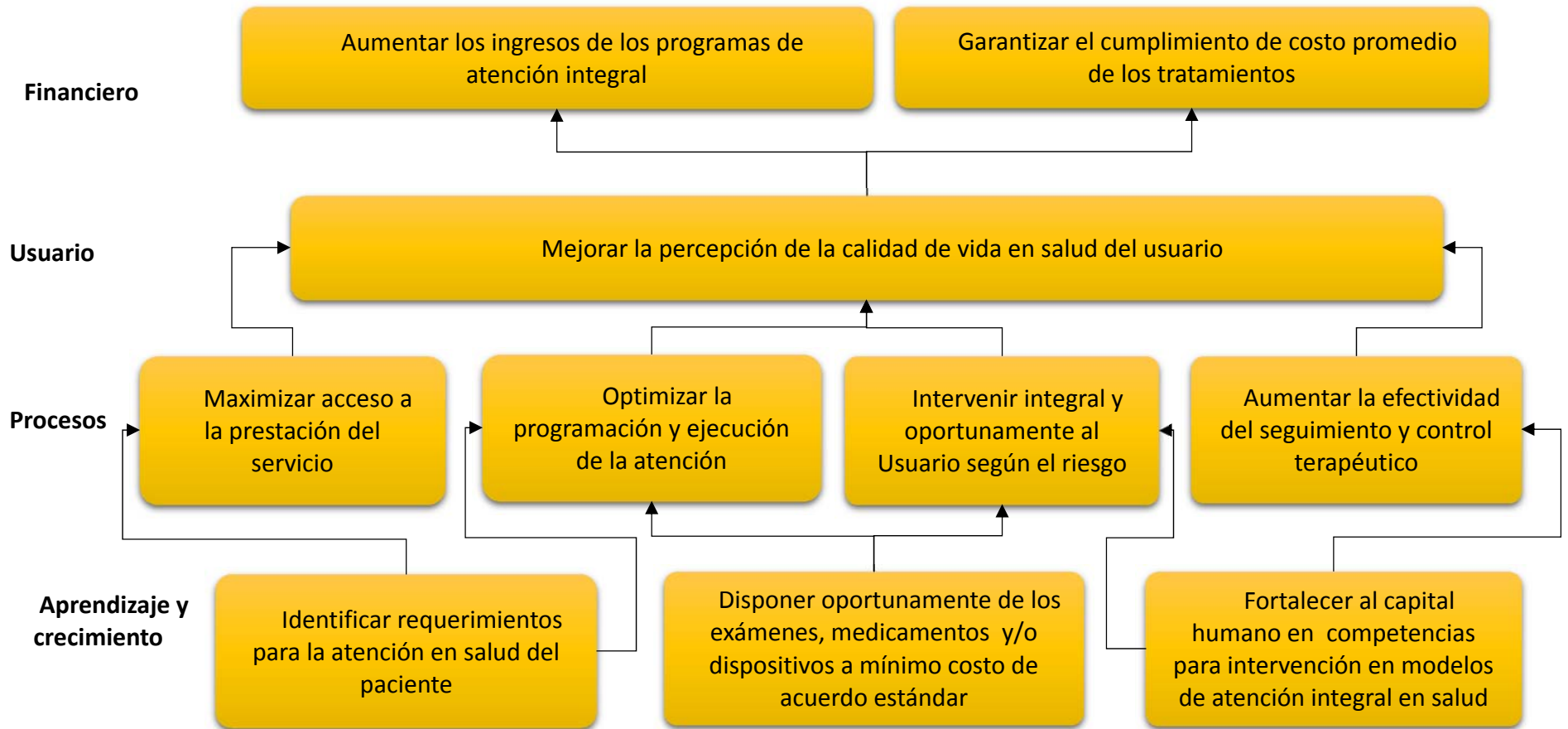
En el caso de los pacientes que asisten regularmente, estos son atendidos por el equipo interdisciplinario quien ejecuta las acciones necesarias según las estrategias planteadas por los comités clínicos. El resultado de estas intervenciones se monitorea mensualmente, extrayendo los datos de las historias clínicas para comenzar nuevamente el ciclo.

Todas estas actividades se hacen de forma continua, implantando estrategias de mejora del acceso al servicio de salud, para impedir que se produzca el abandono o deserción fidelizando al

usuario. En este sentido, esta área de la organización tiene una función relevante en la medida en que mejoren su percepción de calidad de vida para detectar cómo percibe el sujeto su estado funcional y emocional, a partir de la evaluación de ocho dimensiones: dolor corporal, desempeño emocional, desempeño físico, función física, función social, salud general, salud mental y vitalidad.

La información descrita anteriormente, permite realizar el despliegue en cascada de esta área de la organización, por lo que a continuación, se propone el tablero de gestión de la sección asistencial (ver ilustración 27) y, al mismo, tiempo el tablero de control de dicha unidad, con sus respectivos indicadores.

Ilustración 27: Tablero de gestión sección asistencial



Fuente: Elaboración propia

El tablero de gestión de la sección asistencial, inicia con los objetivo de aprendizaje y crecimiento, es decir, los objetivos que desarrollan, mejoran y se adapta al desempeño a los cambios de la organización. Por lo que se eligieron tres objetivos, el primero busca identificar los requerimientos para la atención en salud del paciente con el propósito de detectar los criterios que contribuyan mejorar la prestación de los servicios de salud, maximizar el acceso a la prestación del servicio de los usuarios y optimizar la programación y ejecución de la atención.

El segundo objetivo se enfoca en la disponibilidad de los exámenes, medicamentos y/o dispositivos a mínimo costo de acuerdo estándar necesarios para prestación de servicios, disponer de los insumos requeridos para desarrollar a cabalidad una intervención integral y oportunamente al usuario según el riesgo, asimismo, se lograra optimizar la programación y ejecución de la atención.

Finalmente, el tercer objetivo se enfoca en el fortalecimiento del capital humano en competencias para la intervención de modelos de atención integral en salud, para así, los profesionales brinden una atención con un trato humanizado y seguro. Permitiendo intervenir integral y oportunamente al usuario según el riesgo, es decir, el estado de su enfermedad. A su vez el fortalecimiento de las competencias del capital humano, contribuye a que los profesionales sean más rigurosos en el momento de establecer un tratamiento médico y que este tenga un impacto significativo en la efectividad de su tratamiento, lo cual debe estar ligado con el seguimiento del control terapéutico, para impedir que se produzca el abandono o deserción al usuario y un resultado negativo en el estado de su enfermedad.

Todos los objetivos mencionados anteriormente contribuyen a mejorar la calidad de vida del usuario en cuanto a lo que percibe el usuario del estado funcional y emocional, a partir de la

evaluación de ocho dimensiones: dolor corporal, desempeño emocional, desempeño físico, función física, función social, salud general, salud mental y vitalidad. Mejorar la percepción de la calidad de vida en salud del usuario, se traduce en mayores ingresos de los programas de atención integral y el cumplimiento de costo promedio de los tratamientos, dado a los buenos resultados que percibe el usuario que está teniendo en su calidad de vida.

A continuación se mostrara mediante los tableros de control la medición de estos objetivos, las metas y frecuencias en la que serán medidos.

Tabla 11: Tablero de control sección asistencial

PERSPECTIVA	OBJETIVO SECCIÓN ASISTENCIAL	NOMBRE DEL INDICADOR	METRICA	META	FRECUENCIA
FINANCIERO	Aumentar los ingresos de los programas de atención integral	Incremento de los ingresos de pacientes al programa de VIH	(Ingresos de pacientes de VIH periodo t - Ingresos de pacientes de VIH periodo t-1 / (Ingresos de pacientes de VIH periodo t) *100	$\geq 4\%$	Mensual
		Incremento de los ingresos de pacientes al programa de AR	(Ingresos de pacientes de AR periodo t - Ingresos de pacientes de AR periodo t-1 / (Ingresos de pacientes de AR periodo t) *100	$\geq 3\%$	Mensual
		Incremento de los ingresos de pacientes al programa de EPOC	(Ingresos de pacientes de EPOC periodo t - Ingresos de pacientes de EPOC periodo t-1 / (Ingresos de pacientes de EPOC periodo t) *100	$\geq 1\%$	Mensual
	Garantizar el cumplimiento de costo promedio de los tratamientos por programa	Variación presupuestaria del programa de VIH	(Costo promedio de la atención ejecutado - Costo promedio de la atención presupuestada / Costo promedio de la atención presupuestada) *100	[-1% , 4%]	Mensual
		Variación presupuestaria del programa de AR	(Costo promedio de la atención ejecutado - Costo promedio de la atención presupuestada / Costo promedio de la atención presupuestada) *100	[-1% , 3%]	Mensual
		Variación presupuestaria del programa de EPOC	(Costo promedio de la atención ejecutado - Costo promedio de la atención presupuestada / Costo promedio de la atención presupuestada) *100	[-1% , 3%]	Mensual

Tabla 11: Tablero de control sección asistencial (continuación)

PERSPECTIVA	OBJETIVO SECCIÓN ASISTENCIAL	NOMBRE DEL INDICADOR	METRICA	META	FRECUENCIA
USUARIO	Mejorar la percepción de la calidad de vida en salud del usuario	Porcentaje de pacientes del programa de VIH que perciben buena calidad de vida ⁴	(N° de pacientes que se sitúan con una percepción de calidad de vida en un nivel de 80 / N° total de pacientes del programa de VIH) *100	≥80%	Semestral
		Porcentaje de pacientes del programa de AR que perciben buena calidad de vida	(N° de pacientes que se sitúan con una percepción de calidad de vida en un nivel de en 70 / N° total de pacientes del programa de AR) *100	≥70%	Semestral
		Porcentaje de pacientes del programa de EPOC que perciben buena calidad de vida	(N° de pacientes que se sitúan con una percepción de calidad de vida en un nivel de 70 / N° total de pacientes del programa de EPOC) *100	≥70%	Semestral

⁴ Escala de calidad de vida pacientes es de 1-100, a continuación se detalla la línea base según la patología :

VIH: 70
AR: 60
EPOC: 60

Tabla 11: Tablero de control sección asistencial (continuación)

PERSPECTIVA	OBJETIVO SECCIÓN ASISTENCIAL	NOMBRE DEL INDICADOR	METRICA	META	FRECUENCIA
PROCESOS	Maximizar el acceso a la atención del servicio	Usuario incognito que mida y califique el acceso de acuerdo a estándar o protocolo establecido ⁵	Rango promedio de 1-7 donde usuario incógnito califica, si presento barreras para acceder al servicio	≥ 5.5	Mensual
	Optimizar la programación y ejecución de la atención	Porcentaje de atención oportuna	(N° de pacientes asignados que esperan más de 30 minutos en sala / N° total de pacientes asignados)*100	$\leq 10\%$	Semanal
		Capacidad utilizada	(Horas agendadas / Horas totales disponibles)	$\leq 95\%$	Semanal
		Porcentaje de cumplimiento de horas de atención según demanda de servicios	N° horas disponibles para la atención * N° de profesionales de atención * N° de consultas por hora / N° de servicios demandados	$\leq 95\%$	Semanal

⁵ Línea base del acceso a la atención del servicio se encuentra es calificada en 4

Tabla 11: Tablero de control sección asistencial (continuación)

PERSPECTIVA	OBJETIVO SECCIÓN ASISTENCIAL	NOMBRE DEL INDICADOR	METRICA	META	FRECUENCIA
PROCESOS	Intervenir integral y oportunamente al Usuario según el riesgo	Porcentaje de usuarios atendidos oportunamente según estadio clínico del usuario	(N° de pacientes atendidos según estadio clínico ⁶ / N° total de pacientes con estadio clínico) *100	>95%	Mensual
		Efectividad de la intervención	(N° de intervenciones que mejoraron su estadio clínico según exámenes clínicos/ Total de intervenciones realizados) * 100	>90%	Trimestre
		Porcentajes de intervenciones realizadas integralmente según su estadio clínico por el profesional de salud ⁷	(N° de intervenciones realizadas integralmente según su estadio clínico / Total de intervenciones programadas) * 100	>90%	Mensual
		Cumplimiento de ruta crítica ⁸	(N° de pacientes intervenidos según ruta críticas/ Total de pacientes intervenidos)*100	>90%	Mensual

⁶ Oportunamente según el riesgo (el riesgo es medido por el estadio en el que se encuentre el paciente, los cuales son categorizados en 3 tipos de estadio) :

- **La frecuencia para pacientes de VIH** :Estadio 1: 2 veces al mes; Estadio 2:1 veces al mes; Estadio 3: 1 veces al mes
- **La frecuencia para pacientes de AR:** Estadio 1 : 3 veces al mes; estadio 2: 2 veces al mes; estadio 3: 1 veces al mes
- **La frecuencia para pacientes de EPOC:** Estadio 1: 4 veces al mes; estadio 2: de 3 veces al mes; estadio 3: 2 veces al mes

⁷ La intervención integral según estadio clínico, indica el orden de la ruta de intervención de los profesionales de la salud, es decir, si el estadio clínico del paciente indica que antes de ser visto por el médico general debe ser visto por el psicólogo, la primera intervención debe ser realizada por el psicólogo y no por el médico general

⁸ El protocolo de atención se realiza por medio de una ruta crítica, a continuación se muestran las rutas para cada patología:

- **VIH:** Enfermería – Nutrición – Psicología – Medicina general – Infectología – Servicio farmacéutico
- **AR:** Enfermería – Nutrición – Psicología – Medicina general – Reumatología – Servicio farmacéutico
- **EPOC:** Enfermería – Medicina general – Neumología –Rehabilitación

Tabla 11: Tablero de control sección asistencial (continuación)

PERSPECTIVA	OBJETIVO SECCIÓN ASISTENCIAL	NOMBRE DEL INDICADOR	METRICA	META	FRECUENCIA
PROCESOS	Aumentar la efectividad del seguimiento y control terapéutico	Efectividad del seguimiento y control terapéutico Integral	Usuarios con enfermedad controlada que asisten regularmente / Total de Usuarios en seguimiento y control terapéutico que asisten regularmente	>80%	Trimestre
		Porcentaje de pacientes en seguimiento y control terapéutico	(N° de pacientes en seguimiento y control terapéutico/ Total de usuarios que asisten regularmente) * 100	>80%	Trimestre

Tabla 11: Tablero de control sección asistencial (continuación)

PERSPECTIVA	OBJETIVO SECCIÓN ASISTENCIAL	NOMBRE DEL INDICADOR	METRICA	META	FRECUENCIA
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Identificar requerimientos para la atención en salud del paciente	Porcentaje de historias clínicas que identifican los requerimientos del usuario	(Total de historias clínicas que cumplieron con los criterios de identificación de requerimientos del paciente / Total de historias clínicas auditadas) *100	>95%	Mensual
	Disponer oportunamente de exámenes, medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo a costo estándar	Disponer de los medicamentos y/o dispositivos médicos de acuerdo estándar ⁹	(N° de medicamentos y/o dispositivos médicos disponibles de acuerdo estándar en el periodo/Total de medicamentos y/o dispositivos médicos requeridos en el periodo)*100	>95%	Mensual
		Disponer de los exámenes requeridos ¹⁰	(N° de exámenes disponibles en el sistema /Total de exámenes médicos requeridos por paciente)*100	>95%	Mensual
		Disponer de los medicamentos y/o dispositivos médicos de acuerdo a costo estándar ¹¹	(Costo promedio de los medicamentos y/o dispositivos ejecutado - Costo promedio de los medicamentos y/o dispositivos presupuestado / Costo promedio de los medicamentos y/o dispositivos presupuestado) *100	>95%	Trimestre

⁹ El estándar en debe estar los medicamentos y/o dispositivos médicos es:

- Medicamentos refrigerados en cadena de frío entre 2 y 8 grados
- Medicamentos que no requieren cadena de frío entre 18 y 25 grados

¹⁰ Disponer oportunamente de los exámenes, se refiere a los exámenes de laboratorio realizados en la IPS,

¹¹ Disponer oportunamente de los medicamentos y dispositivos médicos significa que estos insumos deben estar en la bodega de la farmacia antes de que el paciente los requiera, ya que los medicamentos y/o dispositivos médicos son requeridos antes de la atención por los médicos

Tabla 11: Tablero de control sección asistencial (continuación)

PERSPECTIVA	OBJETIVO SECCIÓN ASISTENCIAL	NOMBRE DEL INDICADOR	METRICA	META	FRECUENCIA
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Fortalecer al capital humano en competencias para intervención en la atención integral en salud	Variación de puntuación (1-7) de evaluación de desempeño VIH ¹²	$(N^{\circ} \text{ de empleados con puntuación por encima de 5 del periodo } t - N^{\circ} \text{ de empleados con puntuación por encima de 5 del periodo } t-1) / \text{Total de empleados vinculados en el periodo}) * 100$	>95%	Trimestre
		Variación de puntuación (1-7) de evaluación de desempeño AR ¹³	$(N^{\circ} \text{ de empleados con puntuación por encima de 5 del periodo } t - N^{\circ} \text{ de empleados con puntuación por encima de 5 del periodo } t-1) / \text{Total de empleados vinculados en el periodo}) * 100$	>90%	Trimestre
		Variación de puntuación (1-7) de evaluación de desempeño EPOC ¹⁴	$(N^{\circ} \text{ de empleados con puntuación por encima de 5 del periodo } t - N^{\circ} \text{ de empleados con puntuación por encima de 5 del periodo } t-1) / \text{Total de empleados vinculados en el periodo}) * 100$	>90%	Trimestre

Fuente: Elaboración propia

^{12, 12, 13} La evaluación del fortalecimiento de las competencias para intervención en la atención integral en salud es elaborada por el director científico de cada programa (VIH-AR-EPOC) y es aplicada a los miembros del equipo.

A partir de las definición de los objetivos de la sección asistencial, plasmadas en las ilustraciones anteriores, se procede a establecer los objetivos de uno de los servicios de la sección asistencial, como lo es el servicio farmacéutico. A continuación, se describirá, brevemente, la labor que realiza el servicio farmacéutico en la institución.

3.3.2. Despliegue en cascada servicio farmacéutico

El servicio farmacéutico es el responsable de las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter administrativo, técnico-científico y farmacoterapéutico, relacionados con los medicamentos, dispositivos médicos utilizados en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, con el fin de contribuir en forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida individual.

Para esto es importante atender los requerimientos de medicamentos y/o dispositivos médicos que demande la sección asistencial, sin embargo, es importante mencionar que estos deben ser solicitados oportunamente al departamento de compras quien se encarga de la gestión de los mismos. Para luego, poder ser dispensados oportunamente a los usuarios. Esta labor va acompañada de una fórmula médica o de una orden de servicio expedida por el profesional del servicio que lo solicita. El medicamento es dispensado al paciente, acompañado de la información para su buen uso y el cumplimiento de los objetivos terapéuticos buscados.

La información de medicamentos al paciente tiene como objetivo, mejorar los conocimientos generales sobre el uso de los medicamentos y modificar positivamente su conducta respecto al cumplimiento de la terapia prescrita por el médico.

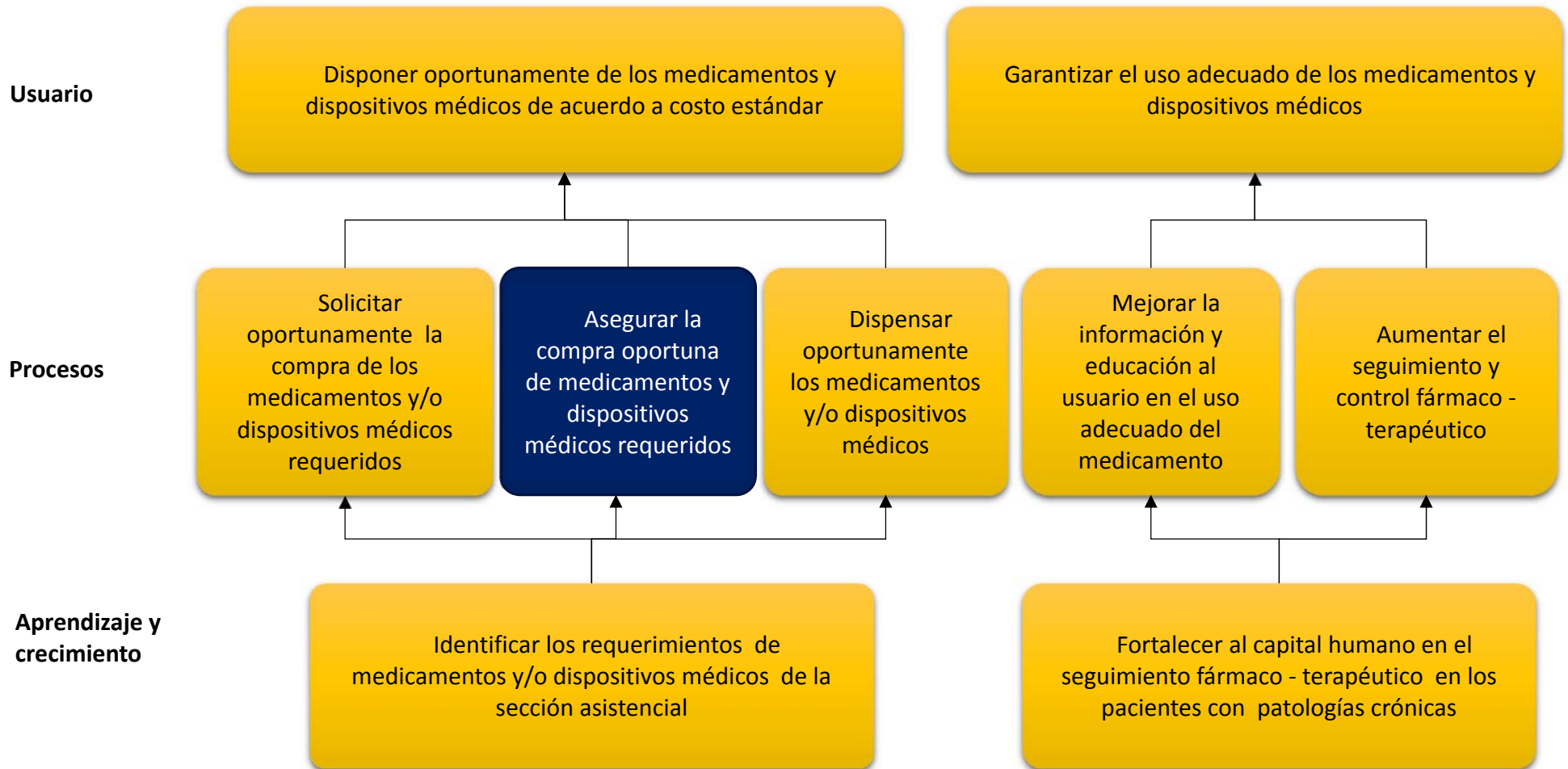
El mal uso de los medicamentos por parte del paciente es debido muchas veces al desconocimiento de los mismos, generalmente a causa de una falta de información o de

comprensión, mala interpretación u olvido de las instrucciones que el usuario ha recibido, por lo que al encontrarse solo ante la medicación no sabe cómo utilizarla. Por ende, es fundamental que el servicio farmacéutico eduque al usuario en el uso adecuado del medicamento y realice un seguimiento y control terapéutico.

La información descrita anteriormente, permite realizar el despliegue en cascada de esta área de la organización, el cual provee la base a partir de la cual se podrá influir en el comportamiento de los miembros de la unidad con el fin de darle cumplimiento a los objetivos propuestos. Este despliegue es el tercer nivel del despliegue en cascada, el cual abarca los niveles de menor rango jerárquico de la organización. El desdoblamiento estratégico en esta etapa, se basa en los objetivos plasmados en el CMI corporativo y tablero de gestión de la sección asistencial, para posteriormente plasmar los objetivos que debe cumplir el servicio farmacéutico, los cuales deben estar en línea con el cuadro de mando integral corporativo.

A continuación, se propone el tablero de gestión del servicio farmacéutico y, al mismo, tiempo el tablero de control de dicha unidad, con sus respectivos indicadores.

Ilustración 28: Tablero de gestión servicio farmacéutico



Fuente: Elaboración propia

*El objetivo correspondiente al recuadro azul, es responsabilidad del Departamento de Compras de la institución

El tablero de gestión de la sección asistencial, inicia con los objetivos de aprendizaje y crecimiento, los cuales hacen énfasis en la identificación de los requerimientos de medicamentos y/o dispositivos médicos realizados por parte de la sección asistencial, y el fortalecimiento del capital humano en el seguimiento fármaco - terapéutico en los pacientes con patologías crónicas.

La identificación de los requerimientos de medicamentos y/o dispositivos médicos realizados por parte de la sección asistencial, permite que el director del servicio farmacéutico pueda solicitar oportunamente la compra de los medicamentos y/o dispositivos médicos requeridos, para que el departamento de compra pueda comprar de forma oportuna los medicamentos y dispositivos médicos, para que finalmente estos puedan ser dispensados oportunamente al usuario y estos puedan disponer de los mismos.

Por otro lado, el fortalecimiento del capital humano en el seguimiento fármaco - terapéutico en los pacientes con patologías permite tener conocimientos relevantes de las enfermedades y los efectos que tengan en su salud. Esto con el fin de mejorar la información y educación al usuario acerca del uso adecuado del medicamento, por medio de taller y/o talleres interactivos que impacten en el uso de los medicamentos y sus consecuencias. Asimismo, al fortalecer las competencias del capital humano, este tendrá las bases suficientes para poder desarrollar actividades de seguimiento y fármaco -terapéutico de tal forma de que pueda detectar desviaciones del uso de los medicamentos.

A continuación se mostrará mediante los tableros de control la medición de estos objetivos, las metas y frecuencias en la que serán medidos.

Tabla 12: Tablero de control servicio farmacéutico

PERSPECTIVA	OBJETIVO SERVICIO FARMACEUTICO	NOMBRE DEL INDICADOR	METRICA	META	FRECUENCIA
USUARIO	Disponer oportunamente de los medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo a costo estándar	Porcentaje de medicamentos y/o dispositivos médicos disponibles oportunamente	(N° de medicamentos y/o dispositivos médicos disponibles de acuerdo a costo estándar en el periodo/Total de medicamentos y/o dispositivos médicos requeridos en el periodo)*100	≥95%	Mensual
	Garantizar el uso adecuado de los medicamentos y dispositivos médicos	Porcentaje de pacientes con uso adecuado de medicamentos y dispositivos médicos	(N° de pacientes que se toman el medicamentos correctamente ¹⁵ / N° total de pacientes que se les prescribió medicamentos) *100	≥75%	Mensual

¹⁵ El parámetro para detectar si el paciente se toma correctamente el medicamento, es a través de preguntas acerca del uso que le dan al medicamento

Tabla 12: Tablero de control servicio farmacéutico (continuación)

PERSPECTIVA	OBJETIVO SERVICIO FARMACÉUTICO	NOMBRE DEL INDICADOR	METRICA	META	FRECUENCIA
PROCESOS	Solicitar oportunamente la compra de los medicamentos y/o dispositivos médicos requeridos	Porcentaje de medicamentos y/o dispositivos médicos solicitados oportunamente ¹⁶	(N° de medicamentos y/o dispositivos médicos requeridos oportunamente por los profesionales de la salud / N° medicamentos y/o dispositivos médicos prescritos) *100	>98%	Mensual
	Dispensar oportunamente los medicamentos y/o dispositivos médicos	Porcentaje de medicamentos y/o dispositivos médicos prescritos entregados correcta y oportunamente ¹⁷	(N° de medicamentos y/o dispositivos médicos entregados correcta y oportunamente en mismo día de la consulta médica / N° medicamentos y/o dispositivos médicos prescritos) *100	>98%	Mensual
	Mejorar la información y educación al usuario en el uso adecuado del medicamento	Porcentaje de asistencia a charlas de educación acerca de los tratamientos médicos	(N° de pacientes que asisten a las charlas de educación/ N° total de pacientes programados) *100	>95%	Mensual
		Efectividad de la intervención de educación al paciente de acuerdo a prescripción medica	(N° de pacientes que reconocen el uso del medicamento en una escala de 5-7 / Total de intervenidos) * 100	>90%	Trimestre

¹⁶ Los medicamentos y/o dispositivos médicos deben ser solicitados con un mes de anticipación

¹⁷ Los medicamentos y/o dispositivos médicos prescritos deben ser entregados el mismo día de la cita (hora) médica, al momento de hacer la entrega se debe revisar junto con el paciente el estado del medicamento y que las cantidades de medicamentos entregados corresponda a los prescritos por el médico

Tabla 12: Tablero de control servicio farmacéutico (continuación)

PERSPECTIVA	OBJETIVO SERVICIO FARMACÉUTICO	NOMBRE DEL INDICADOR	METRICA	META	FRECUENCIA
PROCESOS	Aumentar el seguimiento y control fármaco – terapéutico	Porcentaje de pacientes en seguimiento y control fármaco terapéutico programa de VIH	(N° de pacientes en seguimiento y control fármaco terapéutico que asisten programa de VIH / Total de pacientes de VIH)* 100	98%	Trimestre
		Porcentaje de pacientes en seguimiento y control fármaco terapéutico programa de AR	(N° de pacientes en seguimiento y control fármaco terapéutico que asisten programa del programa de AR / Total pacientes de AR)* 100	90%	Trimestre
		Porcentaje de pacientes en seguimiento y control fármaco terapéutico programa de EPOC	(N° de pacientes en seguimiento y control fármaco terapéutico que asisten programa del programa de EPOC / Total de pacientes EPOC)* 100	90%	Trimestre

Tabla 12: Tablero de control servicio farmacéutico (continuación)

PERSPECTIVA	OBJETIVO SERVICIO FARMACÉUTICO	NOMBRE DEL INDICADOR	METRICA	META	FRECUENCIA
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Identificar los requerimientos de medicamentos y/o dispositivos médicos de la sección asistencial	Porcentaje de medicamentos y/o dispositivos médicos disponibles según requerimiento de la sección asistencial	(Total de medicamentos que cumplieron con los criterios de identificación de requerimientos de la sección asistencial / Total de medicamentos disponibles) *100	>95%	Mensual
	Fortalecer al capital humano en seguimiento fármaco - terapéutico en los pacientes con patologías crónicas	Variación en la puntuación (1-7) de la evaluación en seguimiento fármaco terapéutico VIH ¹⁸	(N° de miembros del equipo farmacéutico con puntuación por encima de 5 en el periodo t - N° de miembros del equipo farmacéutico con puntuación por encima de 5 en el periodo t-1) / Total de miembros del equipo farmacéutico vinculados en el periodo)* 100	[90% - 95%]	Trimestre
		Variación en la puntuación (1-7) de la evaluación en seguimiento fármaco terapéutico AR ¹⁹	(N° de miembros del equipo farmacéutico con puntuación por encima de 5 en el periodo t - N° de miembros del equipo farmacéutico con puntuación por encima de 5 en el periodo t-1) / Total de miembros del equipo farmacéutico vinculados en el periodo)* 100	[90% - 95%]	Trimestre
		Variación en la puntuación (1-7) de la evaluación en seguimiento fármaco terapéutico EPOC ²⁰	(N° de miembros del equipo farmacéutico con puntuación por encima de 5 en el periodo t - N° de miembros del equipo farmacéutico con puntuación por encima de 5 en el periodo t-1) / Total de miembros del equipo farmacéutico vinculados en el periodo)* 100	[90% - 95%]	Trimestre

Fuente: Elaboración propia

^{18,17,18} La evaluación del fortalecimiento del seguimiento farmacológico es elaborada por el director científico de cada programa (VIH-AR-EPOC) y es aplicada a los miembros del equipo farmacéutico.

La definición de los indicadores que corresponde a los objetivos estratégicos plasmados en las tablas anteriores, facilita la participación de los responsables de las áreas funcionales de la institución en el cumplimiento de los objetivos estratégicos. A continuación, se realizará la vinculación del sistema de incentivos a los objetivos plasmados anteriormente.

3.3.3. Vinculación al esquema de incentivos

Actualmente Vital Salud IPS no cuenta con un sistema de incentivo estructurado, es decir, una metodología plasmada en un documento donde se definan los incentivos según los objetivos a alcanzar por área o por desempeño de cargos. Por otro lado, los objetivos a los cuales se les hace seguimiento son a los operativos y a partir de ellos se entregan premios o recompensas.

A su vez, la institución cuenta con políticas que le permite desde la contratación, establecer acuerdos con los empleados que van desde la concertación de salarios, aumentos salariales, bonificaciones, auxilios educativos y ascensos a cargos superiores. Además contempla otras características que hacen acreedor a estos incentivos como son el grado académico, años de experiencia, años de antigüedad en la institución, capacidad de liderazgo que ejerza, cumplimiento de metas clínicas y financieras, como también entregas oportunas de informes. El cálculo de los incentivos monetarios, se basa en la continuidad del cumplimiento de las metas trazadas por la IPS y el desempeño del empleado en la institución.

Por ende, dentro de este trabajo, se propone un esquema estructurado de incentivos, cuyo objetivo es el de influir en el comportamiento de los empleados en relación con el cumplimiento de metas de la organización. Los incentivos y reconocimiento laboral encuentran su razón de ser en que se orienta a mantener y elevar la competitividad de la institución estableciendo y sosteniendo

altos niveles de reconocimiento, motivación, desarrollo y satisfacción de los empleados, a través de la generación de conductas y comportamientos adecuados a los empleados de la institución.

El alcance del mismo es para todos los empleados institucionales, sin embargo, para efecto de este trabajo se establecen dos esquemas de incentivos (tabla 13 y 14) uno para el gerente de la sección asistencial, y el segundo para el director del servicio farmacéutico, los cuales están vinculados a los tableros de control ilustrados anteriormente.

Es importante tener en cuenta que todos los empleados de la institución reciben su salario base acorde a la legislación Colombiana, por ende, estos incentivos que se señalan son extralegales, es decir, no hacen parte del salario base, ni de sus liquidaciones de prestación social y de seguridad social. Esto queda establecido en el contrato laboral dentro de una cláusula adicional.

El esquema de incentivos que se plantea a continuación busca alinear los objetivos estratégicos que la institución trazó para el logro de la propuesta de valor, con los objetivos personales del gerente de la sección asistencial, tratando de incidir en su motivación. En consecuencia, el esquema propuesto está entrelazado con los objetivos definidos en los tableros, utilizados para desdoblar la estrategia.

El esquema de incentivos propuesto consta de seis elementos: objetivos estratégicos, nombre del indicador, métrica, meta, porcentaje de incidencia e incentivo. Los objetivos estratégicos que se encuentra en el esquema de incentivo, hacen parte del proceso del despliegue estratégico de las secciones de la institución y están ligados a los objetivos del mapa estratégico de la organización.

El primer paso para diseñar el esquema de incentivos de la sección asistencial, fue seleccionar los objetivos más significativos o de mayor impacto del tablero de control de la sección que permitirán alcanzar el output. Posteriormente, se agregó el nombre del indicador, la métrica y meta

establecidas en el tablero de control. Subsiguientemente, se establece el porcentaje de incidencia del objetivo, el cual permite identificar cual es el objetivo de mayor importancia o cual es el más representativo en la unidad. En este caso, es el objetivo “aumentar los ingresos de los programas de atención integral”, lo que indica que si el gerente no cumple con la meta de este indicador no se le otorgara los incentivos. A continuación, se explica en detalle cómo opera técnicamente el esquema de incentivos y cómo influirá en el comportamiento del gerente de la sección.

El primer objetivo del esquema, corresponde a **fortalecer al capital humano en competencias para intervención en la atención integral en salud**, se enfoca en fortalecer las competencias técnico científicas a los diferentes profesionales que interactúan en la intervención del modelo de atención integral en salud, de tal forma que los profesionales brinden una atención con un trato humanizado y seguro. Por lo tanto, se establece un 10% de incidencia para este objetivo, y se espera que el gerente de la sección logre obtener que más del 95% de sus subordinados obtenga una calificación por encima de 5 en la evaluación de desempeño realizada por el director científico del programa de VIH. Asimismo, se espera que más del 90% de los subordinados obtengan una calificación por encima de 5 en la evaluación de desempeño realizada por el director científico del programa de AR y EPOC.

El siguiente objetivo se enfoca en **identificar requerimientos para la atención en salud del paciente**, con el propósito de detectar los criterios en cada persona, que contribuyan a mejorar la prestación de los servicios de salud. Para esto es necesario que el gerente controle a través de auditorías de historias clínicas la información de cada paciente. Se establece un 10% de incidencia para este objetivo y un cumplimiento por encima de 95% del total de historias clínicas con los criterios de identificación de requerimientos del paciente.

En cuanto a los procesos, **aumentar la efectividad del seguimiento y control** y **optimizar la programación y ejecución de la atención** son actividades que se deben controlar y no se pueden descuidar, considerando que estos dos procesos se relacionan directamente con el servicio entregado al usuario y que además deben cumplirse eficientemente de acuerdo al número de pacientes a atender según el tiempo de la consulta establecido. El porcentaje de incidencia para **aumentar la efectividad del seguimiento y control** y **optimizar la programación y ejecución de la atención** es de un 25%, el cumplimiento mínimo debe ser menor o igual que el 10% para el objetivo de **optimizar la programación y ejecución de la atención** y mayor del 80% para el objetivo correspondiente al **aumento de la efectividad del seguimiento y control** y **optimizar la programación**.

Asimismo, **mejorar la percepción de la calidad de vida en salud del usuario**, permite que los usuarios perciban mejores avances en su calidad de vida con respecto a su estado de salud, lo cual es un resultado significativo para la organización, es por esto, que el porcentaje de incidencia es de un 25% y se espera que el gerente logre con su equipo que más del 80% de los pacientes del programa de VIH se sitúan con una percepción de calidad de vida en un nivel de 80. De igual forma, se espera que más del 70% de los pacientes de AR y EPOC tengan una percepción de calidad de vida en un nivel de 70.

El cuarto y último **aumentar los ingresos de los programas de atención integral** es el resultado con mayor incidencia (40%) en este esquema de incentivos. Por lo tanto el gerente de la sección asistencial es responsable directo de obtener incrementos por encima del 4% en el programa de VIH, por encima del 3% en el programa de AR y por encima del 2% en el programa de EPOC de lo contrario no se le otorgara el incentivo al final del año.

Tabla 13: Esquema de incentivos sección asistencial

OBJETIVOS SECCIÓN ASISTENCIAL	NOMBRE DEL INDICADOR	METRICA	META	% DE INCIDENCIA	INCENTIVO
Aumentar los ingresos de los programas de atención integral	Incremento de los ingresos de pacientes al programa de VIH	(Ingresos de pacientes de VIH periodo t - Ingresos de pacientes de VIH periodo t-1 / (Ingresos de pacientes de VIH periodo t) *100	≥4%	30%	Bono mensual equivalente al 10% del salario mensual
	Incremento de los ingresos de pacientes al programa de AR	(Ingresos de pacientes de AR periodo t - Ingresos de pacientes de AR periodo t-1 / (Ingresos de pacientes de AR periodo t) *100	≥3%		
	Incremento de los ingresos de pacientes al programa de EPOC	(Ingresos de pacientes de EPOC periodo t - Ingresos de pacientes de EPOC periodo t-1 / (Ingresos de pacientes de EPOC periodo t) *100	≥1%		
Mejorar la percepción de la calidad de vida en salud del usuario	Porcentaje de pacientes del programa de VIH que perciben buena calidad de vida	(N° de pacientes que se sitúan con una percepción de calidad de vida en un nivel de 80 / N° total de pacientes del programa de VIH) *100	≥80%	25%	Paquete vacacional equivalente a 5 salarios mínimos mensuales vigentes (SMMV)
	Porcentaje de pacientes del programa de AR que perciben buena calidad de vida	(N° de pacientes que se sitúan con una percepción de calidad de vida en un nivel de 70 / N° total de pacientes del programa de AR) *100	≥70%		
	Porcentaje de pacientes del programa de EPOC que perciben buena calidad de vida	(N° de pacientes que se sitúan con una percepción de calidad de vida en un nivel de 70 / N° total de pacientes del programa de EPOC) *100	≥70%		

Optimizar la programación y ejecución de la atención	Porcentaje de atención oportuna	$(N^{\circ} \text{ de pacientes asignados que esperan más de 30 minutos en sala} / N^{\circ} \text{ total de pacientes asignados}) * 100$	$\leq 10\%$	25%	Mención o reconocimiento público y un bono anual equivalente a 2 salarios mínimos mensuales vigentes (SMMV)
Aumentar la efectividad del seguimiento y control terapéutico	Efectividad del seguimiento y control terapéutico Integral	Usuarios con enfermedad controlada que asisten regularmente / Total de Usuarios en seguimiento y control terapéutico que asisten regularmente	$> 80\%$		
Identificar requerimientos para la atención en salud del paciente	Porcentaje de historias clínicas que identifican los requerimientos del usuario	$(\text{Total de historias clínicas que cumplieron con los criterios de identificación de requerimientos del paciente} / \text{Total de historias clínicas auditadas}) * 100$	$> 95\%$	10%	Beca para estudios equivalente al 50% de la matrícula del curso elegido
Fortalecer al capital humano en competencias para intervención en la atención integral en salud	Variación de puntuación (1-7) de evaluación de desempeño VIH	$(N^{\circ} \text{ de empleados con puntuación por encima de 5 del periodo } t - N^{\circ} \text{ de empleados con puntuación por encima de 5 del periodo } t-1) / \text{Total de empleados vinculados en el periodo}) * 100$	$> 95\%$		
	Variación de puntuación (1-7) de evaluación de desempeño AR	$(N^{\circ} \text{ de empleados con puntuación por encima de 5 del periodo } t - N^{\circ} \text{ de empleados con puntuación por encima de 5 del periodo } t-1) / \text{Total de empleados vinculados en el periodo}) * 100$	$> 90\%$		
	Variación de puntuación (1-7) de evaluación de desempeño EPOC	$(N^{\circ} \text{ de empleados con puntuación por encima de 5 del periodo } t - N^{\circ} \text{ de empleados con puntuación por encima de 5 del periodo } t-1) / \text{Total de empleados vinculados en el periodo}) * 100$	$> 90\%$		

Fuente: Elaboración propia

La determinación de los incentivos propuestos, se basa en los aspectos que tienen mayor motivación para el responsable del área mencionada de la institución. Al igual que el esquema de incentivo de la sección asistencial, se propone el esquema de incentivo para el servicio farmacéutico, teniendo en cuenta que se encuentren condicionados al cumplimiento de los objetivos claves de la institución, de tal forma que se evite cumplir de forma parcial con los objetivos establecidos.

A continuación se propone el esquema de incentivo del director del servicio farmacéutico (tabla 14), el cual se enmarca en los objetivos claves del servicio farmacéutico que contribuirán con el cumplimiento de los objetivos de la sección asistencial.

El primer objetivo del esquema, corresponde a **fortalecer al capital humano en seguimiento fármaco terapéutico en los pacientes con patologías crónicas**, busca que los profesionales de esta área adquieran las competencias necesarias para detectar fallas en los tratamientos ordenados a los pacientes y que puedan tener efectos negativos en su salud. Debido a esto, se establece un 10% de incidencia para este objetivo y un cumplimiento esperado de este objetivo entre el 90% y 95% de sus subordinados obtenga una calificación por encima de 5 en la evaluación de desempeño realizada en el periodo evaluado con respecto al periodo anterior.

El siguiente objetivo se enfoca en **identificar requerimientos de medicamentos y/o dispositivos médicos de la sección asistencial**, permite que el director del servicio farmacéutico pueda solicitar los insumos que se necesitan para la prestación del servicio, lo cual juega un papel fundamental, debido a esto, se establece un 15% de incidencia para este objetivo y un cumplimiento por encima de 95% de disponibilidad de los medicamentos del total de medicamentos y/o dispositivos médicos solicitados por la sección asistencial.

En cuanto a los procesos, **mejorar la información y educación al usuario en el uso adecuado del medicamento**, el director del servicio farmacéutico debe implementar estrategia que impacten a los usuarios acerca del el uso adecuado de los medicamentos y sus consecuencias. Por lo tanto el porcentaje de incidencia de este objetivo es del 20% y se espera que el director del servicio farmacéutico logre que más del 90% de los pacientes reconozcan el uso del medicamento en una escala de 5-7 del total de los pacientes intervenidos.

Por otro lado, el segundo objetivo de procesos **dispensar oportunamente los medicamentos y/o dispositivos médicos** es una actividad que permite que el departamento de compra pueda obtener de forma oportuna los medicamentos y dispositivos médicos, para que finalmente estos puedan ser dispensados al usuario, el porcentaje de incidencia establecido para este objetivo es 25% y se espera que el número de medicamentos y/o dispositivos médicos entregados correcta y oportunamente en un término no mayor a 48 horas de la consulta médica del total de medicamentos y/o dispositivos médicos prescritos este por encima del 98%.

Finalmente el quinto y sexto objetivo **garantizar el uso adecuado de los medicamentos y dispositivos médicos y disponer oportunamente de los medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo a costo estándar**, son los resultados con mayor incidencia (30%) en este esquema de incentivos, debido a que estos objetivos permiten que los pacientes tengan el conocimiento necesario referente al uso adecuado del medicamento y sus contraindicaciones, y dispongan de los mismos. Por lo tanto, el director del servicio farmacéutico es responsable directo de obtener que del total de pacientes que se les prescribió medicamento más 75% se tomen el medicamento correctamente, de igual forma, se espera que más del 95% de los pacientes dispongan de forma oportuna de los medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo a costo estándar. En el caso de que no se cumpla con la meta de este objetivo, no se le otorgara el incentivo al final del año.

Tabla 14: Esquema de incentivos servicio farmacéutico

OBJETIVOS SERVICIO FARMACÉUTICO	NOMBRE DEL INDICADOR	METRICA	META	% DE INCIDENCIA	INCENTIVO
Disponer oportunamente de los medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo a costo estándar	Porcentaje de medicamentos y/o dispositivos médicos disponibles oportunamente	(N° de medicamentos y/o dispositivos médicos disponibles oportunos de acuerdo a costo estándar en el periodo/Total de medicamentos y/o dispositivos médicos requeridos en el periodo)*100	≥95%	30%	Bono anual equivalente a 3 salarios mínimos mensuales vigentes (SMMV)
Garantizar el uso adecuado de los medicamentos y dispositivos médicos	Porcentaje de pacientes con uso adecuado de medicamentos y dispositivos médicos	(N° de pacientes que se toman el medicamentos correctamente / N° total de pacientes que se les prescribió medicamento) *100	≥75%		
Dispensar oportunamente los medicamentos y/o dispositivos médicos	Porcentaje de medicamentos y/o dispositivos médicos prescritos, entregados correcta y oportunamente	(N° de medicamentos y/o dispositivos médicos entregados correcta y oportunamente en un término no mayor a 48 horas de la consulta médica / Total de medicamentos y/o dispositivos médicos prescritos) *100	>98%	25%	Mención o reconocimiento público y un bono anual equivalente a 2 salarios mínimos mensuales vigentes (SMMV)
Mejorar la información y educación al usuario en el uso adecuado del medicamento	Efectividad de la intervención de educación al paciente de acuerdo a prescripción medica	(N° de pacientes que reconocen el uso del medicamento en una escala de 5-7 / Total de intervenidos) * 100	>90%	20%	

Identificar requerimientos de medicamentos y/o dispositivos médicos de la sección asistencial	Porcentaje de medicamentos y/o dispositivos médicos requeridos	(N° de medicamentos y/o dispositivos médicos disponibles en el periodo/Total de medicamentos y/o dispositivos médicos solicitados por las sección asistencial)*100	>95%	15%	Bono anual equivalente a 2 salarios mínimos mensuales vigentes (SMMV)
Fortalecer al capital humano en seguimiento fármaco terapéutico en los pacientes con patologías crónicas	Variación en la puntuación (1-7) de la evaluación en seguimiento fármaco terapéutico VIH	(N° de miembros del equipo farmacéutico con puntuación por encima de 5 en el periodo t - N° de miembros del equipo farmacéutico con puntuación por encima de 5 en el periodo t-1) / Total de miembros del equipo farmacéutico vinculados en el periodo)* 100	[90% - 95%]	10%	
	Variación en la puntuación (1-7) de la evaluación en seguimiento fármaco terapéutico AR	(N° de miembros del equipo farmacéutico con puntuación por encima de 5 en el periodo t - N° de miembros del equipo farmacéutico con puntuación por encima de 5 en el periodo t-1) / Total de miembros del equipo farmacéutico vinculados en el periodo)* 100	[90% - 95%]		
	Variación en la puntuación (1-7) de la evaluación en seguimiento fármaco terapéutico EPOC	(N° de miembros del equipo farmacéutico con puntuación por encima de 5 en el periodo t - N° de miembros del equipo farmacéutico con puntuación por encima de 5 en el periodo t-1) / Total de miembros del equipo farmacéutico vinculados en el periodo)* 100	[90% - 95%]		

Fuente: Elaboración propia

La propuesta del esquema de incentivos constituye el punto final de la aplicación de un sistema de control de gestión para la unidad estratégica seleccionada, el cual busca influir en el comportamiento del gerente de la sección, a objeto de alinear sus metas personales con los objetivos trazados en los tableros de control. Por consiguiente, para el desarrollo de las recompensas fue necesario desdoblar la estrategia, a través de los tableros, con el propósito que todos en la organización conocieran como sus acciones diarias impactan en el cumplimiento de la estrategia definida en los capítulos anteriores, facilitando el proceso de alineación.

La determinación de los incentivos, se fundamentó, en el desarrollo de las tres primeras etapas del modelo de ciclo cerrado, donde se logró clarificar el rumbo estratégico de la organización a través de las definiciones de las declaraciones estratégicas ('etapa 1'). Para luego, traducir los objetivos estratégicos en el mapa estratégico, los cuales se midieron a través del cuadro de mando integral ('etapa 2') y finalmente se realizó el despliegue en cascada para poder alinear a la organización ('etapa 3'). Por lo tanto, este documento proporciona una visión estratégica de las operaciones que actualmente se realizan.

El alcance del presente estudio solo contempla el desarrollo de las tres primeras etapas del ciclo cerrado. Esperando que en un futuro la organización continúe con la implementación de las siguientes etapas.

CAPITULO IV: CONCLUSIONES

Dentro de los objetivos del presente estudio, se dio cumplimiento a diseño de un cuadro de mando integral y su proceso de cascada para el despliegue y alineamiento estratégico del sistema de control de gestión acorde con las necesidades de Vital Salud IPS utilizando como base las tres primeras etapas del modelo de ciclo cerrado propuesto por los autores Kaplan y Norton (2008).

Por otro lado, y respondiendo a nuestra pregunta de investigación, la utilización del modelo de ciclo cerrado de Kaplan y Norton en Vital Salud IPS proporciona una herramienta formal de control de gestión que permite alinear la estrategia de Vital Salud IPS con sus operaciones, definiendo un rumbo estratégico de la organización.

Además, el diseño del Sistema de Control de Gestión permite identificar oportunidades de mejoras para solucionar problemáticas pertinentes a la planificación de operaciones de la institución y la alineación de las unidades de negocio de la institución. Sin embargo, es importante que la alta dirección sea capaz de transmitir este cambio a todos los integrantes de la organización, a través de una serie de herramientas definidas en el estudio.

No obstante, dentro del proceso de diseño del cuadro de mando integral y su despliegue estratégico, se llevó a cabo actividades de difusión del mapa estratégico, tableros de gestión y control y esquemas de incentivos con los responsables de las diferentes secciones de la organización. Por lo tanto, se puede decir que la aceptación por parte de los mismos ha sido positiva, sin embargo, se ha percibido que durante el desarrollo de las actividades operativas, la estrategia es pasada a un segundo plano.

El diseño del modelo de ciclo cerrado propuesto por Kaplan y Norton (2008) en una institución de salud, ha sido de gran ayuda para la identificación de actividades claves para el desempeño,

logrando comprender actividades que son operativas, se convierten en estratégicas ya que son las que determinan el cumplimiento de las metas exigidas por los entes gubernamentales y las EPS's. Por lo cual, al desarrollar las etapas del ciclo cerrado, se debe tener presente los lineamientos exigidos tanto por el cliente, en este caso las EPS, como lo estipulados por los entes de control gubernamentales. De igual forma, el modelo de ciclo cerrado al integrar la estrategia con la operación, logra un impacto favorable en instituciones complejas como lo son las del área de la salud.

Asimismo, la aplicación de las primeras tres etapas del modelo de Kaplan y Norton, podrán ayudar a futuras investigaciones en organizaciones complejas como las de salud, y a su vez, al desarrollo de las siguientes etapas del ciclo cerrado en la institución, como lo son: la planificación de operaciones, el control y aprendizaje, y la prueba y adaptación de las estrategias.

Finalmente, se concluye que el modelo diseñado logra adaptarse a Vital Salud IPS vinculando las estrategias con sus operaciones y estableciendo un rumbo en el mediano y largo plazo para cumplir con su visión. A su vez, a partir de este análisis se logran definir indicadores de operación y satisfacción de usuarios que proporcionarán de información en el corto plazo sobre la eficiencia operativa y la experiencia en el servicio.

Referencias bibliográficas

- Anthony, R. N., y Govindarajan, V. (2008). *Sistemas de Control de Gestión* (Duodécima edición). McGraw Hill.
- Así vamos en salud. (2016). *Primeras causas de mortalidad general en Colombia*. Así vamos en salud. Recuperado a partir de <http://www.asivamosensalud.org/indicadores/estado-de-salud/primeras-causas-de-mortalidad-general-en-colombia>
- Asociación nacional de empresarios de Colombia ANDI. (2016). *ANDI Balance 2016 y perspectivas 2017*. ANDI. Recuperado a partir de <http://www.andi.com.co/Documents/Documentos%202016/ANDI-Balance%202016-Perspectivas2017.pdf>.
- Ayala, J. (2014). *La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso*. Cartagena: BANCO DE LA REPÚBLICA-ECONOMÍA REGIONAL. Recuperado a partir de <https://ideas.repec.org/p/col/000102/011883.html>
- Ballantyne, D., Frow, P., Varey, R. J., y Payne, A. (2011). *Value propositions as communication practice: Taking a wider view* (Vol. 40). *Industrial Marketing Management*. Recuperado a partir de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S001985011000115X>
- Banco de la Republica de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogota: Banco de la Republica. Recuperado a partir de <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/derecho/constitucion-politica-de-colombia-1991/titulo-5-capitulo-1>
- Banco de la Republica de Colombia. (2017). *Informe de la Junta Directiva al Congreso de la República*.
- Banco de Occidente. (2016). *Análisis macroeconómico y sectorial: coyuntura y perspectivas*. Banco de Occidente.

- Banco Mundial. (2014). *Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales) | Datos |*.
- Barnard, C. I. (1968). *The functions of the executive* (Vol. 11). Harvard university press.
 Recuperado a partir de
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=yid=W9BsFQf834wCyoI=fnDypg=PA3ydq=Barnard+\(1968\)+yots=oQpsw7rFJPysig=hRvfszpqxCH4dmP2N-nt1GrB-V0](https://books.google.es/books?hl=es&lr=yid=W9BsFQf834wCyoI=fnDypg=PA3ydq=Barnard+(1968)+yots=oQpsw7rFJPysig=hRvfszpqxCH4dmP2N-nt1GrB-V0)
- Barney, J. (1991). *Firm resources and sustained competitive advantage* (Vol. 17). Journal of management. Recuperado a partir de <http://jom.sagepub.com/content/17/1/99.abstract>
- Barranquilla, como vamos. (2017). *DISTRITO ESPECIAL, INDUSTRIAL Y PORTUARIO DE BARRANQUILLA*. Barranquilla, como vamos. Recuperado a partir de
http://www.barranquillacomovamos.co/copy/index.php?option=com_content&view=article&id=111&Itemid=106
- Becker Werner. (1990). *La libertad que queremos: la decisión para la democracia liberal*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Bonet, J., y Guzmán, K. (2015). *Un análisis regional de la salud en Colombia*. Cratagena: Banco de la Republica.
- Calderón, C. A., Botero, J. C., Bolaños, J. O., y Martínez, R. R. (2011). *Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. [The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems]* (Vol. 16). SciELO Public Health. Recuperado a partir de
<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n6/20>
- Campbell, A., y Yeung, S. (1991). *Brief case: Mission, vision and strategic intent* (Vol. 24). Long Range Planning,. Recuperado a partir de
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/002463019190015G>

Cancino del Castillo, C. (2012). *Matriz de análisis FODA* (Documento Docente). Santiago, Chile:

DEPTO. CONTROL DE GESTIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN FACULTAD
DE ECONOMÍA Y NEGOCIOS UNIVERSIDAD DE CHILE.

Chandler, A. D. (1962). *Strategy and structure: Chapters in the history of the American enterprise*. Boston: MIT Press.

Chang, H.-H., y Huang, W.-C. (2006). Application of a quantification SWOT analytical method.

Mathematical and computer modelling, 43(1), 158–169.

Chiavenato, I. (1999). *Introducción a la Teoría General de la Administración*. McGraw Hill.

Cokins, G. (2005). *Performance management: Making it work: The promise and perils of the*

balanced scorecard. DM Review Online.

DANE. (2017). *Estudio socioeconómico*. DANE.

David, F. R. (1989). *How companies define their mission* (Vol. 22). Long range planning.

Recuperado a partir de

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0024630189900551>

De la Rosa Alburquerque, A., y Lozano Carrillo, O. (2010). *Planeación estratégica y*

organizaciones públicas: experiencias y aprendizajes a partir de un proceso de

intervención. Gestión y estrategia. Recuperado a partir de

<http://zaloamati.azc.uam.mx/handle/11191/2995>

Duncan, R. B. (1972). *Characteristics of organizational environments and perceived*

environmental uncertainty. Administrative science quarterly. Recuperado a partir de

<http://www.jstor.org/stable/2392145>

EDUBAR S.A. (2012). *ESTUDIO SOCIOECONÓMICO Y DETERMINACIÓN DE LA*

CAPACIDAD DEL SECTOR RESIDENCIAL DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA

PARA LA CONTRIBUCIÓN DE VALORIZACIÓN POR BENEFICIO GENERAL.

- Barranquilla: EDUBAR S.A. Recuperado a partir de http://roble.barranquilla.gov.co:8888/images/Valorizacion2/Normatividad/7_Estudio_Socioeconomico.pdf
- El tiempo. (2017). *En Colombia, 19,4 millones de personas no utilizan internet*. Recuperado a partir de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16649959>
- Farías, A. (2017). *Planificación estratégicas*. Santiago, Chile: Series docentes Universidad Chile. Recuperado a partir de <http://www.managementcontrol.cl/wp/Sd-05-2016b.pdf>
- Franco-Giraldo, Á. (2012). *La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano* (Vol. 14). Revista de Salud Pública. Recuperado a partir de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstractypid=S0124-00642012000500013
- Frow, P., y Payne, A. (2008). *A stakeholder perspective of value: Extending the value proposition concept in the context of stakeholders and service-dominant logic* (Vol. 4). European journal of marketing.
- Gobernación del Atlántico. (2016). *Plan de desarrollo 2016-2019*. Barranquilla: Gobernación del Atlántico.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., y Vásquez, J. (2011). *Sistema de salud de Colombia* (Vol. 53). salud pública de México. Recuperado a partir de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0036-36342011000800010
- Hill, C. W., Jones, G. R., Pérez, Y. de M. V., y Soto, G. A. S. (2009). *Administración estratégica*. McGraw-Hill.
- Hill, C. W., Jones, G. R., Pérez, Y. de M. V., Soto, G. A. S., y S, N. N. M. (2009). *Administración estratégica*. McGraw-Hill. Recuperado a partir de <http://dspace.ucbscz.edu.bo/dspace/bitstream/123456789/13081/1/9948.pdf>
- Instituto Geográfico Agustín Codazzi. (2005). *Atlas de Colombia*. Imprenta Nacional.

- Jauch, L. R., Osborn, R. N., y Glueck, W. F. (1980). *Short term financial success in large business organizations: The environment-strategy connection* (Vol. 1). Strategic management journal. Recuperado a partir de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/smj.4250010106/abstract>
- Johnson, G., Scholes, K., y Whittington, R. (2008). *Exploring corporate strategy: text y cases*. Pearson Education.
- Johnson, H. T., y Kaplan, R. S. (1987). The Rise and Fall of Management Accounting [2]. *Strategic Finance*, 68(7), 22.
- Kaplan, R. S., y Norton, D. P. (1996). *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Harvard Business Press.
- Kaplan, R. S., y Norton, D. P. (2000). *Having trouble with your strategy? Then map it* (Vol. 49). Focusing Your Organization on Strategy—with the Balanced Scorecard.
- Kaplan, R. S., y Norton, D. P. (2004). *Measuring the strategic readiness of intangible assets*. Boston: Harvard business review.
- Kaplan, R. S., y Norton, D. P. (2008). *The execution premium: Linking strategy to operations for competitive advantage*. Boston: Harvard Business Press.
- Kaplinsky, R. (2010). *The role of standards in global value chains*. Policy Research Working Paper. Recuperado a partir de https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1653682
- Klemm, M., Sanderson, S., y Luffman, G. (1991). *Mission statements: selling corporate values to employees* (Vol. 24). Long range planning. Recuperado a partir de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/002463019190187S>
- Kurttila, M., Pesonen, M., Kangas, J., y Kajanus, M. (2000). *Utilizing the analytic hierarchy process (AHP) in SWOT analysis—a hybrid method and its application to a forest-*

- certification case* (Vol. 1). Forest policy and economics. Recuperado a partir de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1389934199000040>
- La Paz. (2005). *Salud en la costa atlántica: en estado crítico*. MÁS ALLÁ DEL EMBRUJO. Recuperado a partir de http://www.acnur.org/t3/uploads/media/COI_1290.pdf#page=95
- Langfield-Smith, K. (1997). *Management control systems and strategy: a critical review* (Vol. 22). Accounting, organizations and society. Recuperado a partir de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0361368295000402>
- Lanning, M. J., y Michaels, E. G. (1988). *A business is a value delivery system* (Vol. 41). McKinsey staff paper.
- Leithwood, K., Tomlinson, D., y Genge, M. (1996). *Transformational school leadership*. Springer. Recuperado a partir de https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-009-1573-2_23
- López, J. O. (2004). *Constitución política de Colombia*. Plaza y Janes Editores Colombia SA.
- Merchant, K. A., y Van der Stede, W. A. (2007). *Management control systems: performance measurement, evaluation and incentives*. Pearson Education.
- Miller, J. L. C., y Benítez, N. P. (2016). *Los cuatro pasos para entender el nuevo juego en el sector hidrocarburos* (Vol. 5). Revista Pluralidad y Consenso. Recuperado a partir de <http://revista.ibd.senado.gob.mx/index.php/PluralidadyConsenso/article/download/16/16>
- Ministerio de salud. (2017). *Fuentes de financiación y uso de los recursos del sistema general de seguridad social en salud – SGSSS*. Recuperado a partir de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>

- Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. (2017). *Número de afiliados por departamento, régimen y administradora para el año 2017*. Bogotá: Datos abiertos Gobierno digital de Colombia.
- MINSALUD. (2014). *Colombia enfrenta epidemia de enfermedades cardiovasculares y diabetes*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- MINSALUD. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- MINSALUD. (2016). *Política de atención integral en salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Mintzberg, H. (2006). *Las cinco Ps de la Estrategia*. Porto Alegre: Bookman.
- Nilsson, F., Olve, N.-G., y Parment, A. (2011). *Controlling for competitiveness: Strategy formulation and implementation through management control*. Copenhagen Business School Press DK. Recuperado a partir de [https://books.google.com/books?hl=esylr=yid=yoxJNeIxpGICyoi=fndypg=PA7ydq=Nilsson,+Olve+y+Parment+\(2011\)+yots=yeMVjbN51gysig=xxGRGE1JBeVTgoPK5CUxxNV-MoY](https://books.google.com/books?hl=esylr=yid=yoxJNeIxpGICyoi=fndypg=PA7ydq=Nilsson,+Olve+y+Parment+(2011)+yots=yeMVjbN51gysig=xxGRGE1JBeVTgoPK5CUxxNV-MoY)
- Niven. (2003). *El cuadro de mando integral paso a pado*. Barcelona, España: Ediciones Gestión S.A.
- Niven, P. R. (2002). *Balanced scorecard step-by-step: Maximizing performance and maintaining results*. New York: John Wiley y Sons.
- Nosnik, A., y Ostrowiak, A. N. (2005). *Culturas organizacionales: su origen, consolidación y desarrollo*. Netbiblo. Recuperado a partir de <https://books.google.com/books?hl=esylr=yid=rpihhdQoRP4Cyoi=fndypg=PA15ydq=20>

05+culturas+organizacionalesyots=F7sIHkV0zkysig=NT0wzZZ6RXu1-
a_XwRHO75FU_Vc

- Núñez, J., Zapata, J. G., Castañeda, C., Fonseca, S. M., Ramírez, J., y others. (2012). *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano-dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro*. Fedesarrollo. Recuperado a partir de <http://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/2906>
- OCDE. (2017). *Estudios Económicos de la OCDE*. OECD Economic Surveys. Recuperado a partir de www.oecd.org/eo/surveys/economic-survey-colombia.htm
- OMS. (2008). *La atención primaria de salud más necesaria que nunca*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Osterwalder, A., y Pigneur, Y. (2011). *Generación de modelos de negocio*. Madrid: Grupo Planeta.
- Otley, D. (1999). *Performance management: a framework for management control systems research*. Management accounting research.
- Otley, D. T. (1980). *The contingency theory of management accounting: achievement and prognosis* (Vol. 5). Accounting, organizations and society. Recuperado a partir de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0361368280900409>
- Pearce, J. A., y David, F. (1987). *Corporate mission statements: The bottom line* (Vol. 1). The Academy of Management Executive. Recuperado a partir de <http://amp.aom.org/content/1/2/109.short>
- Pico Ferrerira, M. (2015). *Evolucion de la calidad en la prestacion de los servicios de salud*. Recuperado a partir de <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/2015>

Plan estratégico sectorial 2014-2018. (2017).

[<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/plan-estrategico-sectorial-2014-2018.pdf>].

Portafolio. (2016). *Tecnología al servicio de la salud*. Portafolio. Recuperado a partir de

<http://www.portafolio.co/innovacion/tecnologia-al-servicio-de-la-salud-502059>

Porter, M. (1996). *¿ Qué es la estrategia ?* (Vol. 10). Boston: Harvard Business Review.

Recuperado a partir de

http://www.academia.edu/download/32865204/ESTRATEGIA_MPORTER_2011.pdf

Porter, M. E. (1980). *Techniques for analyzing industries and competitors*. Competitive Strategy.

Recuperado a partir de <http://www.libro.kg/images/shop/business-bases/competitive-strategy/competitive-strategy.pdf>

Porter, M. E. (2009). *Ser competitivo*. Deusto. Recuperado a partir de

http://www.academia.edu/download/36265133/SUMMARY_-_SER_COMPETITIVO_-_JOHA.pdf

Porter, M. E., y Millar, V. E. (1985). *How information gives you competitive advantage*. Boston:

Harvard Business Review, Reprint Service Watertown, Massachusetts, USA.

Ramírez, F., Sánchez, M., y Quintero, H. (2005). *El papel de los valores en el desarrollo de la*

identidad corporativa (Vol. 1). Negotium. Recuperado a partir de

<http://revistanegotium.org.ve/pdf/1/1Art3.pdf>

Retolaza, Torres, y San-Jose. (2012). *El cuadro de mando integral en las Entidades No*

Lucrativas. Revista de Contabilidad y Dirección.

Robert Simons. (1995). *Levers of Control. How Managers Use Innovative Control Systems to*

Drive Strategic Renewal". Boston: Harvard Business School Press.

- Rokeach, M. (2008). *Understanding human values*. Simon and Schuster. Recuperado a partir de https://books.google.es/books?hl=es&lr=yid=e_b2tCgC4MQCyoi=fndypg=PR9ydq=Rokeach,+M.+<2008>yots=HEck94KtKoysig=D_M1rzOulhsvEGFG9-Yu2FZegZw
- Rosanas, J. M. (2006). *Management Indicators, Incentives, Motivation and Ethics in Management Control*. ESE Business School-University of Navarra. Recuperado a partir de <http://www.iese.edu/research/pdfs/op-06-11-e.pdf>
- Sanabria, R. (2005). *Formulación y pensamiento estratégico*. Ediciones Uniandes.
- Secretaria de salud pública distrital de Brranquilla. (2017). *Infome de gestión*. Barranquilla: Alcaldia de Barranquilla.
- Serna Gómez, H. (2008). *Gerencia Estratégica, decima edición, 3R Editores*. 3R Editores.
- Shank, J., y Govindarajan, V. (2004). *Strategic cost management: the value chain perspective*. Journal of Management Accounting Research.
- Simons, R. (1990). *The role of management control systems in creating competitive advantage: new perspectives* (Vol. 15). Accounting, organizations and society. Recuperado a partir de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/036136829090018P>
- Tarzijan, J. (2013). *Fundamentos de estrategia empresarial*. Ediciones UC. Recuperado a partir de https://books.google.com/books?hl=es&lr=yid=_8-1BwAAQBAJyoi=fndypg=PT4ydq=Tarzijan,+J.+<2013>yots=F_VeJmmcbcsig=WHfjarWF6pvdz4SGNabhUTt9PGw
- Thompson, Peteraf, Gamble, y Strickland. (2012). *Administración estratégica: Teoría y casos* (18 va Edición). Mexico: McGraw-Hill.
- Valentin, E. K. (2001). *SWOT analysis from a resource-based view* (Vol. 9). Journal of marketing theory and practice. Recuperado a partir de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10696679.2001.11501891>

Vera, D., y Crossan, M. (2004). *Strategic leadership and organizational learning* (Vol. 29).

Academy of management review.

Verschoor, C. C. (2002). *Best corporate citizens have better financial performance* (Vol. 83).

Strategic Finance. Recuperado a partir de

<http://go.galegroup.com/ps/i.do?id=GALE%7CA82005709&sid=googleScholar&v=2.1&it=rylinkaccess=fulltext&issn=1524833X&yp=AONE&sw=w>

Vital Salud IPS S.A. (2017). Recuperado 19 de mayo de 2017, a partir de

Wehrich, H. (1982). *The TOWS matrix—A tool for situational analysis* (Vol. 15). Long range planning. Recuperado a partir de

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0024630182901200>

Wilson, I. (1992). *Realizing the power of strategic vision* (Vol. 25). Long range planning.

Recuperado a partir de

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0024630192902713>