



SISTEMA CONTROL DE GESTIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD DE CHILE QUILÍN

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

**Alumno: Carol Manuel González Gatica
Profesor Guía: Liliana Neriz Jara**

Santiago, diciembre 2016

Índice

	Página
1. Introducción.....	1
1.1 Justificación de la Tesis.....	2
1.2 Objetivo General y Objetivos Específicos.....	3
1.3 Metodología.....	4
1.4 Alcances.....	6
2. Declaraciones Estratégicas.....	7
2.1 Breve descripción de CUCHQ.....	7
2.2 Estrategia de Clínica U. de Chile Quilín.....	10
2.3 Conceptos de Misión, Visión y Creencias.....	13
2.4 Análisis Estratégico.....	18
2.4.1 Análisis PESTEL.....	20
2.4.2 Análisis de las Cinco Fuerzas.....	52
3. Análisis FODA.....	69
3.1 Análisis de Oportunidades y Amenazas.....	69
3.2 Análisis Fortalezas y Debilidades.....	78
3.3 Tabla FODA Cuantitativo.....	86
3.3.1. Análisis para cada cuadrante de la tabla FODA.....	86
4. Formulación Estratégica.....	90
4.1. Declaración de la Propuesta de Valor.....	90
4.2. Relación Atributos Propuesta de Valor y Creencias.....	91
4.3. Relación Atributos Propuesta de Valor y Análisis FODA.....	92
5. Modelo de Negocio.....	93
5.1. Lienzo del Modelo de Negocio (Canvas).....	95
5.2. Relación Elementos Modelo de Negocio y Atributos Propuesta de Valor.....	101
5.3. Análisis Rentabilidad o Captura de Valor del Modelo de Negocio.....	102
6. Mapa Estratégico.....	105
6.1 Diccionario de Objetivos del Mapa Estratégico.....	108
7. Cuadro de Mando Integral.....	112
8. Tableros de Control.....	122
8.1 Organigrama de CUCH.....	124
8.2 Tableros de control propuestos.....	127

9. Esquema de Incentivos.....134

9.1. Importancia de la motivación como predictor del comportamiento de los individuos.....134

9.2 Importancia de los esquemas de incentivos para alinear el comportamiento de las unidades en torno al cumplimiento de la propuesta de valor.....136

9.3 Descripción y análisis crítico de la situación actual en la CUCHQ respecto de los esquemas de incentivos para los directivos de las distintas unidades.....139

9.4 Esquema de Incentivos Propuesto.....140

10. Conclusiones.....144

11. Bibliografía.....146

Índice de tablas

	Página
Tabla 1: FODA cuantitativo CUCHQ.....	81
Tabla 2: Relación atributos propuesta de valor y creencias.....	86
Tabla 3: Relación atributos propuesta de valor y análisis FODA.....	87
Tabla 4: Modelo de negocio (CANVAS).....	94
Tabla 5: Relación elementos Modelo de negocio y atributos propuesta de valor.....	95
Tabla 6: Diccionario de objetivos del Mapa Estratégico.....	102
Tabla 7: Presentación del CMI. Perspectiva financiera.....	107
Tabla 8: Presentación del CMI. Perspectiva clientes.....	108
Tabla 9: Presentación del CMI. Perspectiva procesos internos.....	109
Tabla 10: Presentación del CMI. Perspectiva aprendizaje y crecimiento.....	111
Tabla 11: Descripción iniciativas estratégicas incorporadas en el CMI.....	113
Tabla 12: Tablero de control Dirección Clínica.....	122
Tabla 13: Tablero de control Dirección Administrativa.....	125
Tabla 14: Tablero de control Depto. Abastecimiento y Farmacia.....	127
Tabla 15: Esquema de incentivos Dirección Clínica.....	135
Tabla 16: Esquema de incentivos Depto. de Abastecimiento y Farmacia.....	136

Índice de Ilustraciones

	Página
Ilustración N°1: Método utilizado.....	5
Ilustración N°2: Evolución presupuesto inicial vigente y ejecutado.....	21
Ilustración N°3: Número de camas de hospital por cada mil habitantes.....	22
Ilustración N°3: Variación de población nacional 2015-2025.....	23
Ilustración N°4: Distribución de la población según seguro salud 2013.....	24
Ilustración N°5: Aspectos deficitarios del sistema de salud chileno comparado países OCDE.....	25
Ilustración N°6: Defunciones por grandes grupos de causas.....	39
Ilustración N°7: Niveles de sedentarismos en proporciones.....	41
Ilustración N°8: Alimentación de los chilenos.....	41
Ilustración N°9: Cobertura geográfica CUCHQ.....	62
Ilustración N°10: Tendencias del envejecimiento en Chile.....	65
Ilustración N°11: Evolución ventas CUCHQ.....	66
Ilustración N°12: Evolución Intervenciones Quirúrgicas CUCHQ.....	67
Ilustración N°13: Mapa Estratégico propuesto.....	101
Ilustración N°14: Proceso cascada CMI.....	116
Ilustración N°15: Organigrama CUCHQ.....	118
Ilustración N°16: Tablero de Control. Dirección Clínica.....	121
Ilustración N°17: Tablero de Control. Dirección Administrativa.....	124
Ilustración N°18: Tablero de Control. Depto. de Farmacia y Abastecimiento.....	126

1. INTRODUCCIÓN

La Red Clínica de la Universidad de Chile, se compone por la casa matriz, el Hospital Clínico de la Universidad de Chile "Dr. José Joaquín Aguirre" y la filial, Clínica Universidad de Chile Quilín, en adelante CUCHQ.

El Hospital Clínico de la Universidad de Chile "Dr. José Joaquín Aguirre" no sólo cumple un papel fundamental en la docencia e investigación en el campo de la medicina, sino también en la asistencia y extensión hacia la comunidad nacional, realizando grandes aportes a la salud de nuestro país. Dentro del mismo fueron inaugurados entre otros; la primera clínica psiquiátrica, la primera unidad de tratamiento intensivo y la primera central de hemodiálisis que existieron en Chile.

CUCHQ fue inaugurada en el año 2006, con el objetivo inicial de expandir las prestaciones médicas, sin embargo con el paso de los años y acorde a las nuevas necesidades de los pacientes, ha redireccionado su estrategia, buscando proporcionar una atención diferenciada, enmarcada en un ambiente privilegiado, refinado, discreto, que a la vez cuenta con una ubicación de fácil acceso, y pone a disposición de sus pacientes, equipamiento moderno y habitaciones con los estándares de las mejores clínicas del país.

La Red Clínica de la Universidad de Chile es el centro docente, académico y asistencial donde se conforma la mayor red asistencial y de alta complejidad del país.

1.1 Justificación de la tesis

CUCHQ, desde 2013 ha convertido su gestión en un aporte financiero a la Red Clínica de la Universidad de Chile. Como antecedente, es importante mencionar que la Red Clínica llegó a contar con 7 centros médicos, sin embargo las malas administraciones, sólo contribuyeron a la generación de bancarrotas, siendo CUCHQ el único centro que sigue en pie y que incrementa sistemáticamente sus utilidades.

Las utilidades de los años 2013, 2014 y 2015, han ido creciendo exponencialmente, no obstante el crecimiento preocupa, puesto que se están creando centros de salud dentro del perímetro, que podrían afectar el número de atenciones a realizar en la clínica.

De la mano, existe un proyecto de expansión que será ejecutado durante 2016, por tanto, dentro de este marco un sistema de planificación y control de gestión es la herramienta que proporciona la información necesaria para contar con todos los elementos a requerir en la toma de decisiones, para capturar participación de mercado y fidelización por parte de los pacientes, considerando además, aprovechar todas las oportunidades que otorga la industria de la salud.

Este trabajo aporta a la organización, principalmente recopilando los antecedentes estratégicos y funcionales, los cuales fueron expuestos como información a través de indicadores y objetivos específicos, con el objeto de sostener en el tiempo, la propuesta de valor que es capturada por los clientes,

pretendiendo posicionarse a la vanguardia en consideración de las nuevas necesidades.

1.2 Objetivo General y Objetivos Específicos

Objetivo General:

Diseño y aplicación de un modelo de Control de Gestión para Clínica de la Universidad de Chile Quilín.

Objetivos Específicos:

- Revisión y actualización de misión, visión y valores de CUCHQ.
- Desarrollo de un análisis interno y externo de CUCHQ, con el objeto de identificar fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas.
- Desarrollo de la Propuesta de Valor de CUCHQ.
- Revisión de la estrategia a través del modelo de negocios CANVAS.
- Desarrollo de un Mapa Estratégico para CUCHQ.
- Elaboración de una propuesta de Cuadro de Mando Integral para CUCHQ.
- Diseño y desarrollo de tableros de gestión, en conjunto con respectivos tableros de control.
- Identificación de indicadores que midan el desempeño de las áreas claves, de acuerdo a propuesta de valor.
- Diseño de un plan de incentivos para CUCHQ.

1.3 Metodología

La metodología aplicada a este trabajo fue a través de una investigación descriptiva. Consistiendo en la caracterización de los hechos con el objeto de establecer su estructura, tendencia o comportamiento. El estudio mide de forma independiente las variables, siendo éstas el resultado de los objetivos de la investigación.

Primeramente fue necesario efectuar la recopilación de información de la industria, para determinar en qué grado CUCHQ podría verse favorecida o afectada. Fueron utilizados por tanto, el Análisis de las cinco fuerzas y el Análisis PESTEL, los que sirvieron como insumo para el desarrollo del FODA. En paralelo fue necesario recopilar los elementos que componen la propuesta de valor, Misión, Visión y Creencias, las cuales reflejan e individualizan a la UEN.

De acuerdo a lo antecedentes encontrados, fue necesario definir la estrategia de CUCHQ. La estrategia de cada compañía debe ser coherente con el modelo de negocios, el cual queda expresado a través del Modelo Canvas. La formulación de la estrategia y diseño de la estructura permiten determinar objetivos específicos para cada uno de los diferentes departamentos de la UEN.

Para traducir la estrategia obtenida en objetivos, que estén relacionados entre sí, que además puedan ser medidos a través de indicadores y que estén ligados a planes de acción permitiendo alinear el comportamiento de los miembros de la organización con la estrategia de la empresa, fue necesario desarrollar el Cuadro de Mando Integral.

Por consiguiente, para la obtención de indicadores que admitan seguimiento periódico, fueron desarrollados Tableros de Control directivos y de responsabilidad, con el objeto de contar con un mayor conocimiento sobre la situación de CUCHQ. Para su realización, fue necesario identificar como áreas clave a las directrices más relevantes a monitorear, las cuales en caso de fracasar de manera permanente impedirían la continuidad y el progreso de CUCHQ dentro de la industria.

Finalmente fue desarrollado un esquema de incentivos a las áreas directivas, de acuerdo al cumplimiento de los objetivos, establecidos previamente. La Ilustración 1 expone el método utilizado para el desarrollo de la tesis.

Ilustración 1: Método utilizado



Fuente: Elaboración propia

1.4 Alcances

El alcance del trabajo, no permite aplicar el modelo en otras Instituciones de Salud. Lo anterior a razón de las diferencias entre los modelos de negocios, fundamentalmente asociada a las propuestas de valor, las cuales no convergen con la estrategia de los Hospitales Públicos, ni tampoco con las Clínicas Privadas.

Lo anterior, a razón de que las Clínicas Privadas, ejecutan decisiones descentralizadas e independientes, situación que no es posible para una empresa que pertenece a la Universidad de Chile. Pese a que los Hospitales Públicos y CUCHQ se rigen bajo las mismas normativas legales y de

contratación, no compiten por el mismo público objetivo, ni tampoco cuentan con la disponibilidad de recursos a nivel comparativo.

Las limitantes del trabajo:

1. La falta de actualización de los registros de la Ficha Clínica Electrónica, al momento del estudio.
2. Banco de datos incompletos y no actualizados, de los convenios vigentes.
3. El período de tiempo de recolección de la información comprende desde enero 2010 a junio 2016.

2. DECLARACIONES ESTRATÉGICAS

2.1 Breve descripción de Clínica Universidad de Chile Quilín

Clínica Universidad de Chile Quilín abrió sus puertas en junio de 2006 y forma parte de la Red Clínica de la Universidad de Chile.

Se encuentra emplazada dentro de Mall Paseo Quilín y también tiene acceso por calle Mar Tirreno 3349, comuna de Peñalolén. Está capacitada para brindar una atención primaria y secundaria bajo condiciones por sobre los estándares de los hospitales públicos, gracias a sus instalaciones, infraestructura y equipo médico, pudiendo entregar soluciones integrales en salud.

CUCHQ cuenta con una gama de servicios en cirugía mayor ambulatoria, un centro de diagnóstico con una amplia gama de especialidades, como

también la realización de distintos tipos de exámenes de Laboratorio Clínico, Imagenología, procedimientos invasivos (Centro de Endoscopías y Pabellón), entre otras atenciones.

CUCHQ cuenta con:

- Consultas Médicas y Odontológicas:
 - 27 box de consultas de especialidades médicas.
 - 3 box odontológicos, más radiología dental.
 - Equipamiento de Imagenología.
 - Laboratorio Clínico y Toma de muestras.
 - Centro de Medicina Física y Rehabilitación.
- Sala de Procedimientos:
 - 2 box de procedimientos ambulatorios.
 - Sala de Endoscopia / Colonoscopia.
 - Sala de recuperación de procedimientos invasivos ambulatorios.
- Hospitalización
 - 3 pabellones de cirugía general.
 - 8 camas de hospitalización en habitaciones individuales y compartidas.
 - 6 camas de recuperación quirúrgica.

CUCHQ ofrece infraestructura y servicios médicos a los afiliados de todas las Isapres del mercado y FONASA, manteniendo convenios con

Banmedica, Cruz Blanca, Consalud, Mas Vida, Colmena, Fund. Banco Estado, Cruz del Norte, Óptima e Isapres Codelco¹.

Paralelamente, CUCHQ otorga una atención en red con el Hospital Clínico Universidad de Chile, a través de planes preferentes y cerrados con ISAPRES.

CUCHQ atiende pacientes con un problema de salud en etapa temprana, vale decir en etapa de detección o prevención. No obstante también, resuelve mediante tratamientos, procedimientos ambulatorios y/o intervenciones quirúrgicas programadas enfermedades que pronto podrían convertirse en urgencias. Los segmentos socioeconómicos que prefieren atenderse en CUCHQ pertenecen a los grupos C2 y C3 en su mayoría, y en menor medida ABC1. El sector geográfico de los segmentos socioeconómicos recién mencionados está inserto en la zona suroriente de la Región Metropolitana de Chile, en donde destacan las comunas de Peñalolén, Ñuñoa, Puente Alto, La Reina y Macul.

Dentro de ese contexto surge el proyecto de remodelación año 2016. Este consiste en incorporar equipamiento radiológico de punta, permitiendo desarrollar exámenes específicos de alta resolución que sólo 3 Clínicas en

¹ <https://www.redclinica.cl/plantilla/clinica-quilin.aspx>

Chile actualmente los efectúan. Adicionalmente, se construirá un piso adicional para dar lugar a camas de pacientes hospitalizados, dado que hoy constituyen un recurso cuello de botella, puesto los pabellones no pueden seguir desarrollando intervenciones quirúrgicas a razón de no tener donde acostar a los pacientes.

El proyecto también contempla dar más cobertura a boxes clínicos que permitan ampliar la cantidad de especialidades médicas, junto con potenciar las que se encuentran con exceso de demanda. Finalmente también serán incrementados en un 35% la capacidad de los módulos de tomas de muestra para los exámenes de Laboratorio Clínico.

En concreto, el proyecto tiene como fin último potenciar a CUCHQ como una de las clínicas más importantes del país.

2.2 Estrategia de Clínica U. de Chile Quilín

Uno de los conceptos centrales de las teorías de la administración es el de Estrategia. Desde un punto de vista teórico, se trata de uno de los conceptos más discutidos y sobre el cual existe una multiplicidad de enfoques en diversas disciplinas académicas, entre las que destaca la administración, economía y recientemente la psicología, las cuales han tratado de conceptualizar su definición y funcionalidad para guiar a quienes se encuentran a cargo de la dirección de una organización.

La estrategia es un marco de referencia que orienta y limita aquellas decisiones que determinan la naturaleza y la dirección hacia donde quiere apuntar la organización. A su vez intenta alcanzar una ventaja competitiva sostenible, preservando lo que es diferente en la organización. Es decir, desempeñar diferentes actividades que sus oponentes o rivales o realizar las mismas de manera diferente, como un estilo o un sello que plasmen las mismas organizaciones.

“La estrategia es la búsqueda de una forma singular de competir, no porque sea la mejor manera de competir para todo el mundo, sino porque permite a una empresa adaptar específicamente las actividades de su cadena de valor. La estrategia consiste en optar por ofrecer un tipo de valor peculiar, en lugar de tratar de ofrecer el mismo tipo de valor mejor” (Porter, 1982).

En este sentido se puede percibir que la estrategia es una pauta del actuar o mejor dicho, una pauta para obtener el triunfo en una jugada, la cual debe presentar como condición básica la elaboración previa, lo que nos lleva a contar con una planificación anticipada de la misma para desarrollarla de manera constante y con el propósito determinado

La estrategia organizacional a la vez supone que es una creación ventajosa, que intenta crear valor, involucrando a sus directivos, accionistas, clientes y a los propios ciudadanos.

En cuanto al objetivo de la estrategia Michael A. Hitt afirma que consiste en “aprovechar los recursos, las capacidades y las competencias centrales de la empresa para alcanzar sus metas en el entorno competitivo” (Hitt, 2004).

Desde una mirada práctica, la estrategia es un pilar que se nutre de múltiples factores internos y externos de la organización; que toma en cuenta la misión y visión, los objetivos de la misma, así como una cultura organizacional y sus modos de operar.

A su vez, la estrategia es el elemento que da origen a toda una serie de definiciones operativas en cada una de las áreas de la propia organización, constituyendo una guía a partir de la toma de decisiones clave en cada una de las organizaciones.

En función de lo anterior, la estrategia de CUCHQ es otorgar una atención diferenciada, enmarcada en un ambiente privilegiado, refinado, discreto, que a la vez cuenta con una ubicación de fácil acceso, y pone a disposición de sus pacientes, equipamiento moderno y habitaciones con los estándares de las mejores clínicas del país, principalmente enfocada en los pacientes que residan en el sector sur-oriente de la Región Metropolitana.

2.3 Conceptos de Misión, Visión y Creencias

- **Misión**

La misión de una organización se construye a través de los objetivos centrales y principios de las operaciones que se realizan dentro de ésta, es decir la razón de ser.

Formalmente no existe definido este elemento, por tanto la Misión propuesta para CUCHQ es:

“Contribuir a la salud y bienestar de las personas a través de consultas médicas, exámenes de especialidad, procedimientos ambulatorios y/o intervenciones quirúrgicas o un mix de éstas, poniendo a disposición la adecuada experiencia clínica en todas las etapas de la vida, aportando además en sus negocios, de manera de crear valor para la Universidad de Chile, traduciéndose en bienestar para la sociedad”.

La misión es el manifiesto de la razón de existir de la empresa, dicho de otro modo, en la misión expresamos a qué se dedica la empresa, cómo lo lleva a cabo y cuál es su propuesta de valor, explicándolo de una manera específica y clara.

- **Visión**

La estrategia de la UEN busca alcanzar la visión, mediante la misión y basándose en los valores. La visión responde las preguntas ¿qué queremos ser? ¿A dónde queremos llegar?

El enunciado de la visión indica hacia dónde se dirige y quiere posicionarse en el largo plazo la organización (Fleitman, 2000). Constituye por tanto un objetivo ambicioso e inspirador, permitiendo hacer que los colaboradores se identifiquen con ésta.

Formalmente no existe definido el elemento Visión, sin embargo a continuación el propuesto para Clínica Universidad de Chile Quilín.

“Constituirse en el referente nacional, en lo que refiere a un modelo de gestión en salud acorde a las necesidades del país”

La visión a la vez es realista e inspiradora, no se basa en sueños imposibles, sino más bien, sirve de estímulo para trabajar en conseguir un objetivo unificado para la empresa y sus colaboradores. Por ende presenta coherencia con la misión, los valores y las estrategias de la empresa.

- **Creencias**

Las Creencias corresponden a la agrupación de principios, valores y/o reglas que disciplinan la gestión de una compañía. Establecen la filosofía institucional y la base de la cultura organizacional.

Las creencias son los principios éticos sobre los que se edifica la cultura de la empresa y permiten crear pautas de comportamiento y alinear a los trabajadores con los objetivos estratégicos de la organización. Forman parte de la personalidad de la empresa y tienen que plasmar la realidad de la misma en su día a día.

El objetivo primordial es forjar un compromiso participativo al interior de la cultura organizacional. Toda unidad estratégica debe construir una política proactiva de comunicación, pues a partir de ella, se genera el realce o reputación la organización.

Los valores de una empresa se identifican a partir de:

- **La empresa como institución:** profesionalidad, igualdad, transparencia, solidez, estructura corporativa y código de buen gobierno, compromiso social, innovación, eficiencia, entre otros.

- **El empleado a través de las normas de conducta o maneras de actuar:** confidencialidad, lealtad, trabajo en equipo, conocimiento, mejora continua, comunicación, honestidad y responsabilidad.

- **El producto y servicio y sus características:** marca, tecnología empleada, calidad, oportunidad, cumplimiento, procesos certificados, excelente asistencia y postventa.

Para la declaración de los valores, nos ayudará a definir los valores corporativos ¿cómo somos? ¿En qué creemos? ¿Cómo es trabajar con nosotros? ¿Cuál o cuáles son nuestras propuestas de valor y qué atributos tienen? ¿Con qué recursos clave contamos? ¿Qué necesidades satisfacen nuestras propuestas de valor? ¿Cómo nos perciben nuestros clientes? (Collins y Porras, 1997)

A continuación se realiza el análisis descriptivo enfocado en la Clínica Universidad de Chile Quilín:

Orientación al paciente

Se busca la satisfacción de los pacientes, mediante la óptima práctica clínica.

Creamos Valor

Se fomenta la sinergia, de manera que el resultado de la suma de los esfuerzos, se traduzca en un exponente diversificado al servicio de la sociedad.

Clínica verde

Como fin último se busca la sostenibilidad medioambiental, por tanto, en la operatividad se tiene en cuenta el cuidado del ambiente, a través del ahorro, reciclaje y optimización de los recursos.

El norte es la Excelencia

El desempeño es eficaz y eficiente, poniendo a disposición permanente la generación de conocimiento, profundizando la vanguardia en la alta complejidad.

La ética empresarial y laboral

Para la obtención de un desempeño empresarial ético, se promueven, las buenas prácticas, la lealtad, veracidad, responsabilidad, solidaridad, esfuerzo y moralidad, cualidades que deben estar presentes en todo lo que se hace.

2.4 Análisis Estratégico

Los autores Kaplan y Norton (2008) explican que una vez clarificadas las declaraciones estratégicas, la organización tendrá un panorama claro de lo que pretende alcanzar. No obstante lo anterior conlleva a la realización de un análisis externo e interno con una extensa evaluación de sus capacidades y desempeño conforme a los competidores, paralelamente debe ser evaluado el posicionamiento en la industria, con el objeto de encontrar la ubicación. Este análisis se ajusta a la primera etapa del ciclo cerrado de Kaplan y Norton.

Regularmente, debe realizarse un análisis a través del modelo de las 5 fuerzas de Porter, permitiendo ejecutar un análisis interno y externo que dilucidará la posición competitiva actual de la organización. Mencionadas fuerzas corresponden a: 1) Poder de negociación de consumidores, 2) Poder de negociación de proveedores, 3) Disponibilidad de sustitutos, 4) Amenaza de nuevos entrantes y 5) Rivalidad de competencia (Porter, 1980). Recién a continuación de este análisis, se podrá elaborar un análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), donde las fortalezas son características de una organización que pueden ser utilizadas para aprovechar las oportunidades o contrarrestar las amenazas, y las debilidades son características que dificultan o impiden aprovechar las oportunidades y contrarrestar las amenazas (Hill, 2009).

Para ser más completo el estudio, debe realizarse también el análisis PESTEL (o PESTLE). Éste es un instrumento de planificación estratégica para definir el contexto de una compañía, principalmente porque analiza factores externos políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ambientales y jurídicos que pueden influir en la organización. Al estudiar los distintos factores, es importante tener en cuenta que diversos factores pueden afectar de forma diferente y en diferente grado a los stakeholders.

Los autores Hitt, Ireland y Hoskisson (2008) exponen que, una oportunidad es una condición presente en el entorno general que, si es explotada por la compañía, le permitirá lograr competitividad estratégica. Y una amenaza es una condición presente en el entorno general que podría obstaculizar las actividades de la organización.

El propósito central de la matriz FODA, es identificar las estrategias para explorar las oportunidades externas, contrarrestar las amenazas, desarrollar y potenciar las fortalezas de la organización y anular sus debilidades. (Hill et al, 2009).

2.4.1 Análisis PESTEL

El análisis Pestel es una herramienta que permite identificar y realizar mediciones de la unidad estratégica de negocios. Se encuentra compuesto de factores Políticos, Económicos, Sociales y Tecnológicos, todos estos en su conjunto sirven para realizar un análisis de la estrategia y evaluación de cómo se encuentra la organización. A continuación se describen y explican los principales factores de CUCHQ:

i. Factores Políticos:

La Red Clínica de la Universidad de Chile, históricamente se ha encontrado alineada con la administración de turno del país, particularmente con el ejecutivo. Fundamentalmente a razón del tamaño de sus instalaciones, sujeto a la cantidad de médicos especialistas, equipamiento médico, tecnológico y ser el principal centro formador de profesionales especialistas en salud². Es importante destacar además que, el Hospital Clínico y su filial, Clínica Universidad de Chile Quilín, pertenecen a la Universidad de Chile, de acuerdo a su misión y visión estratégica³, se encuentran al servicio de la comunidad (sobre todo a la comunidad más vulnerable). Es así como la Red Clínica de la Universidad de Chile sirve como apoyo a las tareas

² <http://www.uchile.cl/noticias/119007/comunidad-del-hcuch-proyecto-su-rol-en-formacion-de-especialistas>

³ <http://www.uchile.cl/portal/presentacion/institucionalidad/39635/mision-y-vision>

encomendadas a los hospitales públicos. Un ejemplo específico es la recepción de pacientes en “lista de espera” que son mandados desde el Ministerio para concretar la reducción de éstas.

Si bien los gobiernos de turno los últimos años han traspasado recursos para la construcción de nuevos hospitales públicos, la carencia de médicos especialistas no ha permitido obtener los resultados esperados. Es así como la Red Clínica de la Universidad de Chile, otra vez toma protagonismo, ahora analizado desde la arista de nuevos proyectos de ley que permitan a la institución, recibir financiamiento público⁴. En concreto, parlamentarios presentaron un proyecto para reconocer con carácter de público del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. La propuesta, presentada por un grupo de diputados de la Comisión de Salud, modifica la Ley 19.886, conocida como ley de compras públicas, con el propósito de que este recinto hospitalario, pueda ser receptor de financiamiento público por traspaso y convenios directos, evitando que compitan en condiciones de mercado con instituciones privadas⁵.

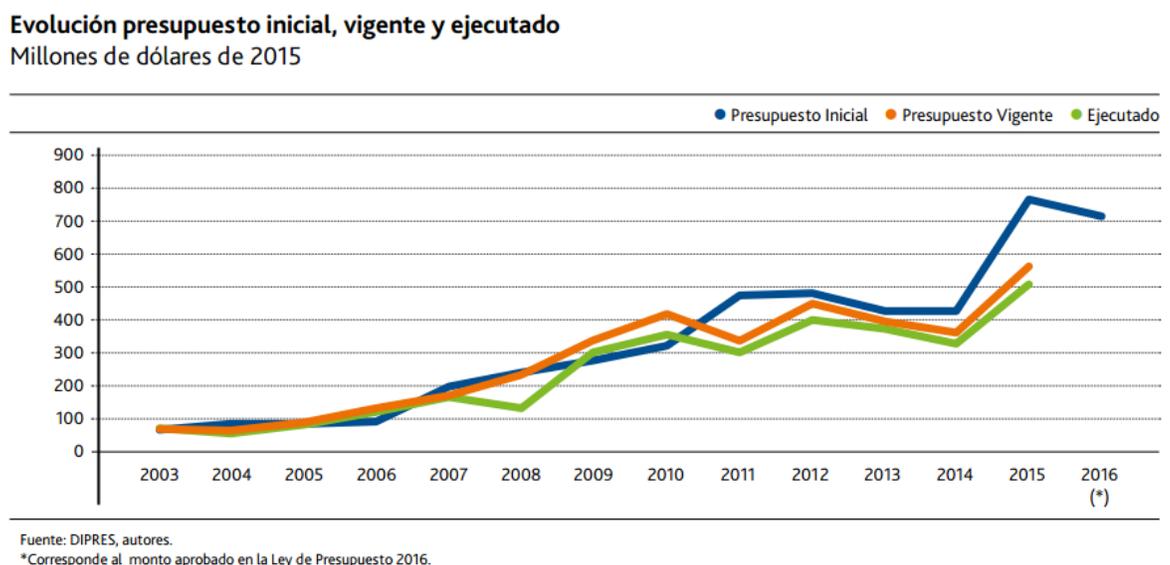
⁴ <http://cnchile.com/noticia/2016/06/13/piden-fondos-para-aumentar-especialistas-en-hospital-clinico-de-u-de-chile>

⁵ <http://www.uchile.cl/noticias/122988/presentan-proyecto-de-ley-que-reconoce-caracter-publico-del-hospital>

ii. Factores Económicos:

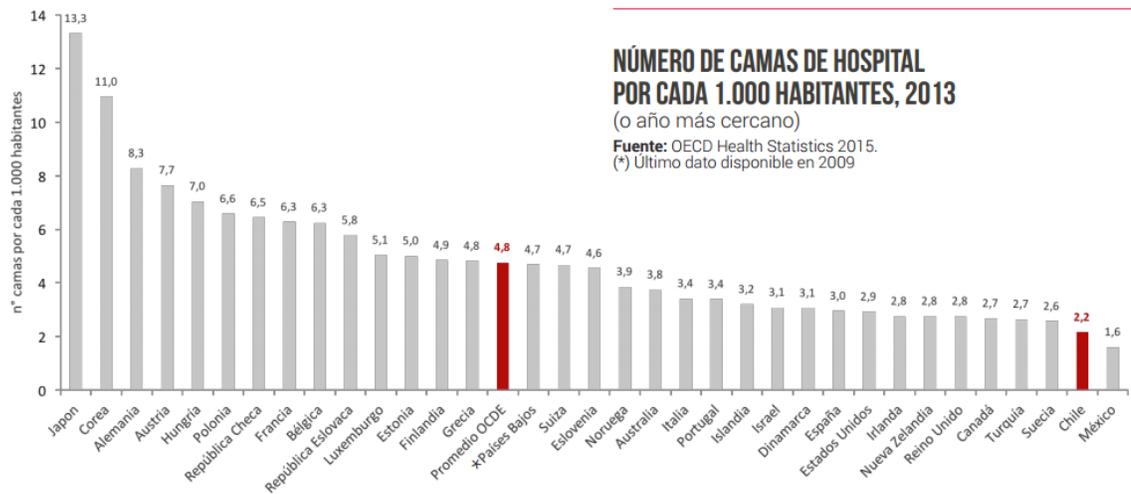
La principal fuente de recursos de inversión para desarrollar la Salud Pública de Chile, proviene de las asignaciones otorgadas a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. En lo que refiere a disponibilidad y ejecución presupuestaria, las cifras más elevadas se encuentran en los últimos dos años (2015 y 2016). Cuando se habla de ejecución, corresponde al porcentaje del presupuesto aprobado que ha sido ejecutado en el año calendario. La tabla a continuación incorpora el análisis de la ejecución con el presupuesto vigente, permitiendo demostrar el retardo en la utilización de los recursos presupuestados.

Ilustración N°2: Evolución presupuesto inicial, vigente y ejecutado.



Entre 2000 y 2013, la cantidad de recursos que se han invertido en Salud casi se han cuadruplicado, pasando de US\$ 126 a US\$ 395 al año por cada uno de los usuarios de FONASA, fondo que presta cobertura a alrededor del 80% de la población, todavía las necesidades se encuentran por debajo de la recomendación de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). La siguiente tabla muestra el “Número de Camas de Hospital” por cada 1.000 habitantes al año 2013.

Ilustración N°3: Número de camas de hospital por cada 1.000 habitantes, 2013.



iii. Factores Sociales:

El sector salud tiene como responsabilidad responder a las demandas sanitarias de la población nacional. Se caracteriza por enfrentar una demanda creciente en volumen y complejidad, debiendo responder al daño en la salud de las personas como efecto de los procesos de envejecimiento, hábitos y condición socioeconómica.

El perfil demográfico de Chile está marcado por una rápida transición al envejecimiento de la población. La mayor demanda asistencial se comienza a observar a partir de la población de 50 años, que en la próxima década se estima crecerá en 32%, correspondiendo 19% a la población de 50 y 64 años y de 53% de 65 y más años. Por tanto, tendrá un impacto directo en la demanda de servicios asistenciales relacionados con el envejecimiento

Ilustración N°4: Variación de población nacional 2015-2025.

Variación de población nacional 2015-2025

	2015	2025
Población total	17.943.052	19.277.747
Población menor a 15 años de edad (%)	21,1%	18,6%
Población menor a 15 años de edad (Nº)	3.782.038	3.583.011
Población de 50 a 64 años de edad (%)	16,60%	18,30%
Población de 50 a 64 años de edad (Nº)	2.983.353	3.526.953
Población de 65 y más años de edad (%)	10,3%	14,6%
Población de 65 y más años de edad (Nº)	1.842.932	2.729.705
Tasa Global de Fecundidad	1,8	1,7
Población Urbana (%)	88,90%	90,40%

Fuente: Celade - División de Población de la Cepal.

En términos de patologías, las principales causas de la mortalidad general en Chile son las enfermedades no transmisibles (ECNT), donde las enfermedades cardiovasculares (33%) y los neoplasmas malignos (31%) alcanzan 52% de la mortalidad general. Por otro lado, las muertes relacionadas con infecciones y causas maternas perinatales y nutricionales representan solo 8% de las muertes⁶.

El cáncer a la vesícula es la segunda causa de muerte oncológica en la población femenina en Chile, superado sólo por el cáncer de mamas. Según cifras oficiales, de las 1.834 muertes que provocó el 2011, 1.288 correspondieron a mujeres, mientras que sólo 546 fueron hombres. En el resto del mundo, el grado de incidencia es muy baja, lo que genera que “al no ser frecuente, no haya mucha investigación sobre la enfermedad”⁷.

Para la resolución de los problemas de salud en Chile, se diseñó un Sistema de Previsión de Salud, el cual es mixto. Éste se divide en los subsectores Público, Privado y de la Fuerzas Armadas. Como se observa en Ilustración N°5, el sistema público (FONASA) es la principal cobertura de salud, lo que da cuenta de la demanda que enfrenta el sector público en el ámbito de la salud.

⁶ http://infraestructuraparachile.cl/wp-content/uploads/2016/03/11involucra_infraestructura_hospitalaria.pdf

⁷ <http://www.uchile.cl/noticias/119349/investigacion-por-que-chile-es-el-pais-con-mas-cancer-a-la-vesicula>

Ilustración N°5: Distribución de la población según seguro de salud 2013.

Distribución de la población según seguro de salud 2013

	2013
Fonasa	78,3
Isapre	14,2
FFAA y del Orden y Otro Sistema	2,9
Ninguno	2,7
No sabe	1,9

Fuente: Casen 2013, Ministerio de Desarrollo Social.

Adicionalmente, la Ilustración N°6, expone las cifras que proporciona la OCDE para medir el gasto en Salud de los países en comparación de la recomendación de éstos.

Ilustración N°6: Aspectos deficitarios del sistema de salud chileno comparativamente con los países de OCDE.

	Chile	OCDE
Médicos (x 1.000 hab.)	1,7	3,2
Enfermeras (x 1.000 hab.)	4,2	8,8
Camas hospitalarias (nº x 1.000 hab.)	2,2	4,8
Medicamentos genéricos (Disponibilidad en el mercado %)	30	75
Gasto total en salud (% PIB)	7,3	9,3
Gasto público en salud (% gasto total)	49,2	72,3
Gasto de bolsillo en salud (% del gasto en salud)	31,9	19,0
Gasto de bolsillo en salud (% del consumo final del hogar)	4,8	2,9

Fuente: OCDE: Statiscs. Estadísticas de la OCDE sobre la Salud 2014. Chile en comparación <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-CHILE-2014->; Bachelet N, V. Las cifras de la desigualdad de Chile en salud (Editorial). Medwave 2011 sep; 11 (09): e5128 doi: 10.5867/medwave.2011.09.5128. Déficit de ambulancias: OMS recomienda 1 ambulancia x 25.000 hab. Chile tiene 1 x 48.108 hab. (922 ambulancias, de las cuales sólo 433 están operativas, mientras que el 53% presenta fallas o no se encuentra en condiciones para su funcionamiento). Fuente: Informe IPOS, MDS; CASEN 2011, MDS; Ministerio del Medio Ambiente, 2012.

iv. Factores Tecnológicos:

El Colegio Médico de Chile se encuentra abordando la creación de una institucionalidad técnica que se preocupe de las políticas públicas de salud a largo plazo, de los estándares de calidad en la atención social y que funcione de forma independiente de los distintos gobiernos de turno. Se han realizado congresos en los cuales se encuentran evaluadas las implicancias de contar con una institucionalidad que sea responsable del desarrollo de estándares de calidad en el sector de la salud⁸.

Mencionada institución hace énfasis en el porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) en Chile que es destinado a salud, es muy bajo (3,4 a 3,6%), lo que no alcanza a cubrir las necesidades de la población, ya que el 80% de las personas se atienden en el sistema público. Las nuevas necesidades que carecen de coberturas, no han permitido desarrollar una continuidad en la planificación estratégica para la salud pública. Es a razón de lo anterior que existe temor a la independencia en la toma de decisiones en aspectos de salud que pueden afectar a toda la población y donde se puede sacar provecho o errores, que incidan en la marcha política del Gobierno.

⁸ <http://www.colegiomedico.cl/?p=4081>

Los nuevos estándares que se pretenden incorporar al sistema son entre otros; dispositivos de verificación de condiciones de salud cada vez más inteligentes y de bajo costo (accesorios y aplicaciones para celulares, o dispositivos wearables [como relojes] como los smartwatches), permitiendo recopilar información de forma constante, facilitando un primer diagnóstico. De esta manera se puede lograr una medicina más personalizada y eventualmente pasar del actual modelo curativo a uno preventivo⁹.

Robótica y Salud: La robótica constituye un paso más para mejorar la precisión en medicina, y más concretamente en cirugía. Las nuevas tecnologías han irrumpido en los quirófanos reduciendo los márgenes de error al intervenir y esas características han resultado muy útiles especialmente en traumatología.

La tecnología en el área de laboratorio se actualiza de manera frecuente y la forma en que se trabaja o se hacen las cosas, representa un avance, ya que se realizan con equipo de vanguardia, el que con una mínima cantidad de muestra y otra de reactivos, permite obtener un reporte completo del estado general del paciente. Ese es uno de los adelantos importantes.¹⁰

⁹ <http://www2.deloitte.com/cl/es/pages/life-sciences-and-healthcare/solutions/tecnologia-salud.html>

¹⁰ <https://tecnologiaulinat.wordpress.com/tecnologia-y-salud-la-clave-del-futuro/>

Inteligencia artificial: Un ejemplo es la computadora Watson de IBM, que en 2011 le ganó al campeón mundial de Jeopardy, y tras ese éxito IBM ha puesto a esta supercomputadora a colaborar en la industria médica. Ya que Watson puede analizar alrededor de 27,000 documentos por día y sacar conclusiones de manera acelerada, está ayudando a revolucionar la investigación médica y acelerar el proceso de diagnóstico¹¹.

En la era digital encontraremos modelos de negocios distintos en la salud. Un ejemplo de esto es el concurso lanzado en 2012 por Qualcomm y la Fundación Xprize, en que dan 10 millones de dólares al grupo que por medio de un smartphone logre diagnosticar mejor que un grupo de doctores 16 enfermedades y decirnos en tiempo real 5 signos vitales. Se espera que este concurso sea ganado en 2016 y en los años siguientes se vuelva algo masivo.

Esto permitirá tener un doctor y un laboratorio en nuestro bolsillo, ya que con una gota de sangre o una gota de orina podremos saber en pocos minutos si tenemos alguna enfermedad.

Estos distintos modelos de negocio, en que la tecnología y la medicina cada vez están más interrelacionadas, están haciendo que empresas de tecnología como Apple, Google, Samsung, IBM, Qualcomm, etc., tengan cada vez más interés en la industria médica, valuada en 3.8 trillones de dólares.

¹¹ <http://www.forbes.com.mx/nuevas-tecnologias-revolucionan-la-industria-medica/>

Biotecnología: Otro ejemplo de cómo está revolucionando la medicina es la biotecnología. Sí, los humanos también estamos formados por software, que llamamos ADN, y cada vez somos mejores en leer ese código y escribir sobre él.

En el año 2001, descifrar un genoma costaba 100 millones de dólares, para 2014 descifrar el ADN completo de una persona costaba alrededor de 1,000 dólares. Sin embargo se espera que para el 2020 cueste alrededor de 1 centavo de dólar. Esto, sin duda, revolucionará la medicina haciéndola cada vez más personalizada y preventiva.

Big data: Por otra parte estamos entrando a una etapa en que los pacientes cada día tienen acceso a más información y se vuelven socios de los doctores.

Hoy en día, una persona en su coche puede saber indicadores claves, como cuánta gasolina tiene, la temperatura del auto, velocidad, revoluciones por minutos, etc., sin tener que ir a un mecánico; sin embargo, los seres humanos para saber indicadores clave de nuestro cuerpo tenemos que ir con un doctor o a un laboratorio.

Pero con el auge de los sensores o wearables (aparatos y dispositivos electrónicos que se incorporan en alguna parte de nuestro cuerpo interactuando

continuamente con nosotros y con otros dispositivos), como relojes inteligentes y pulseras que monitorean nuestro estado de salud, esto está cambiando, ya que podremos obtener en tiempo real muchísima información de nuestro cuerpo.

Impresoras 3D: Las impresoras 3D logran hoy en día imprimir en más de 300 materiales; incluso logran imprimir con células humanas. Esta tecnología revolucionaria transformará la industria médica al hacer mucho más accesible el trasplante de órganos y creación de prótesis. Por más loco que parezca, hoy en día se ha logrado imprimir riñones, venas y prótesis conectadas al cerebro humano.

Esta tecnología aún es un poco cara e ineficiente, pero está evolucionando enormemente. En los próximos 5 a 10 años será una práctica común en varias áreas de la medicina.

Sin duda, es emocionante y muy interesante vivir en esta era en que se vuelven realidad varias tecnologías que parecerían de ciencia ficción, lo que nos permitirá ganarle la batalla a muchas enfermedades que hoy nos afectan enormemente, y poder tener vidas más largas y con mejor calidad de vida. La industria médica, sin duda, está viviendo una etapa de disrupción y transformación que sin duda podríamos llamar una revolución médica.

v. Factores Legales:

La responsabilidad de otorgar las condiciones salubres a la comunidad chilena es del Ministerio de Salud, existiendo dentro un organismo que se encarga de regular y fiscalizar a los seguros y prestadores de salud del ámbito público y privado, resguardando los derechos de las personas, promoviendo la calidad y seguridad en las atenciones de salud, tratándose de la Superintendencia de Salud.

El principal mecanismo de control que permite asegurar la calidad mínima que deben cumplir las instituciones de salud en Chile se mide a través de un proceso denominado “Acreditación”, siendo éste un proceso periódico de evaluación, al cual se someten los prestadores institucionales autorizados por la Autoridad Sanitaria -hospitales, clínicas, centros ambulatorios y laboratorios- para verificar el cumplimiento de un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud.

- **Ley GES (ex Ley AUGE)**

Desde el año 2000 los gobiernos de turno han desplegado una estrategia que permita instaurar una reforma que tenga por objeto la recuperación de la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a la ciudadanía, bajo el principio de que la salud es un bien social y un derecho humano esencial de

todos los ciudadanos, sin distinción de ninguna especie. Implicando lo anterior una serie de obligaciones de las entidades aseguradoras de salud respecto a los beneficiarios.

Uno de sus elementos centrales es el Régimen de Garantías en Salud, en particular la Ley AUGE (acróstico de “Acceso Universal con Garantías Explícitas”). El Régimen de Garantías Explícitas en Salud se sustenta en un Plan Universal de Salud, que recoge tres dimensiones del derecho a la salud:

- Universalidad: toda la población chilena y extranjera residente en el territorio nacional, debe beneficiarse.

- Integralidad: todas las enfermedades o condiciones de salud, considerando además sus distintas fases de evolución clínica.

- Totalidad: todas las acciones o prestaciones asociadas al ciclo de salud - enfermedad. A contar de 2005 entró en vigor la Ley del Régimen de Garantías Explícitas (GES) que establece las garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud establecidas. La definición de una serie de problemas de salud priorizados, se han incorporado gradualmente desde 2005 y representan más de 70% de la carga de enfermedad del país.

La Garantía Explícita de Acceso, se refiere a la garantía de recibir las actividades de salud, de acuerdo a las directrices que fije la Autoridad Sanitaria. Dichas directrices estarán vinculadas a grupos poblacionales y a la forma de entrar a una red de servicios de salud, condicionada por la capacidad de resolución y derivación de cada nivel. Cada Administrador de Plan deberá garantizar este acceso, intermediando o facilitando las relaciones entre los usuarios y los proveedores de Salud¹².

La Garantía Explícita de Calidad, se refiere al otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, por un prestador registrado o acreditado, bajo estándares y guías clínicas establecidas por la Autoridad Sanitaria.

La Garantía Explícita de Oportunidad implica un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto ley correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas.

¹² <http://www.ochisap.cl/index.php/proteccion-social-y-aseguramiento-de-salud/regimen-de-garantias-explicitas-en-salud-ges>

La Garantía de Protección Financiera implica garantizar el financiamiento del plan de salud, con el fin de que todas las personas puedan acceder a las acciones y prestaciones del mismo, bajo condiciones explícitas de entrega y conocidas por todos. Con esta protección en términos del financiamiento, se pretende que la restricción para contribuir total o parcialmente a financiar las prestaciones necesarias no sea un obstáculo al acceso a los servicios, para que ni el trabajador ni su familia caiga en la pobreza o se mantenga en ésta como resultado de afrontar el gasto de mantener, recuperar o rehabilitar su salud.

Para los beneficiarios del sistema público FONASA, la contribución (copago) respecto del valor determinado en el arancel de referencia del Régimen depende del tipo de beneficiario. Aquellos sin ingresos o con menos de uno y medio sueldo mínimo mensual, no están sujetos a copago; los que tengan ingresos entre uno y medio, y dos sueldos mínimos mensuales, deben realizar un copago equivalente al 10%; y los con ingresos superiores, un copago del 20%. No obstante, el monto máximo a pagar anual, independiente del número de eventos que tenga la persona y de su ingreso, es de hasta 3,5 remuneraciones anuales. Para los beneficiarios del sistema ISAPRE, la contribución (copago) es de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen y el monto máximo a pagar anual, independiente de

número de eventos que tenga la persona, también es de 3,5 remuneraciones anuales¹³.

vi. Factores Ambientales:

El tratamiento de los desechos quirúrgicos y/ hospitalarios es una situación que en Chile aún se encuentra en debate, puesto que las directrices si bien están definidas, los vertederos han presentado evidencia en lo que refiere a sus incumplimientos a la normativa sanitaria.

Tras el incendio en el relleno Santa Marta (febrero 2016), el hedor que inundó gran parte de la ciudad de Santiago de Chile, demostró que allí no sólo se acumulaba basura domiciliaria y simples restos orgánicos, sino que también desechos de recintos asistenciales, a pesar de lo que dicta la normativa.

Dentro de los desechos fueron encontrados bolsas con residuos hospitalarios, jeringas y la consiguiente gravedad de la situación. Según la Resolución Exenta N°0229 de junio de 2014*, del Servicio de Evaluación Ambiental, se autorizaba al Consocio Santa Marta S.A. a operar los desechos hospitalarios sin ingresar al Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental.

¹³ <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20chile%202010.pdf>

Por tanto, existe la probabilidad que de mencionada fecha se han estado depositando material biológico y hospitalario como:

- **Cultivos y muestras almacenadas:** residuos de la producción de material biológico; vacunas de virus vivo, placas de cultivo y mecanismos para transferir, inocular o mezclar cultivos; muestras almacenadas de agentes infecciosos y productos biológicos asociados, incluyendo cultivos de laboratorios médicos y patológicos; y cultivos y cepas de agentes infecciosos de laboratorio¹⁴.

- **Residuos patológicos:** restos biológicos, incluyendo tejidos, órganos, partes del cuerpo que hayan sido removidos, fluidos corporales que presenten riesgo sanitario. Sangre y productos derivados incluyendo el plasma, el suero y demás componentes sanguíneos y elementos tales como gasas y algodones, saturados con éstos.

- **Cortopunzantes:** residuos resultantes del diagnóstico, tratamiento, investigación, producción, capaces de provocar cortes o punciones: agujas, pipetas bisturís, placas de cultivo.

- **Residuos de animales:** cadáveres o partes de animales, producción de material biológico o en la evaluación de fármacos.

¹⁴ <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/REAS.pdf>

- **Medidas especiales en la eliminación de residuos hospitalarios.**

Según el manual de Manejo de Residuos de Establecimientos de Atención de Salud de 2010, (REAS), “el riesgo asociado a los diferentes residuos condiciona las prácticas operativas internas y externas que se deberán realizar en cada una de las etapas del manejo de los residuos”.

En lo que respecta al almacenamiento, los REAS deben contar con un sitio o sala de almacenamiento final para dichos residuos. Tanto la sala de almacenamiento como su plan de operación, deberán ser autorizadas por la Autoridad Sanitaria.

El sitio de almacenamiento debe estar ubicado y operado de forma tal, que se minimicen las molestias y riesgos de contaminación por microorganismos patógenos u otro tipo de contaminantes presentes en los residuos. Además de las características de la sala de almacenamiento de residuos, la normativa señala la limpieza y desinfección de la sala, y el sistema de tratamiento de residuos especiales.

También se regula el transporte y el tratamiento de residuos especiales que “deben ser tratados a fin de reducir o eliminar los riesgos para la salud. Los tratamientos más usuales son la incineración, la esterilización con autoclaves (calor húmedo para la inactivación de los microorganismos), y la desinfección

química o con microondas (cámara de radiaciones electromagnéticas de alta frecuencia).

Respecto a la incineración ésta se realiza bajo condiciones controladas, en donde se oxidan los compuestos orgánicos a CO₂, agua y otros productos secundarios de reacción.

Sin embargo, según el “plan de manejo para la recepción de residuos de establecimientos de atención de salud” que el consorcio Santa Marta presentó a la Dirección Regional del Servicio de Evaluación Ambiental para su pronunciamiento, el cual fue favorable sin ser sometido a evaluación ambiental, se ampara en un D.S N°6/2009, que permite la eliminación de residuos especiales en rellenos sanitarios.

- **Riesgos para la salud.**

Los desechos sanitarios contienen microorganismos que pueden ser dañinos e infectar a pacientes de hospital, al personal sanitario y a la población en general. Existen otros posibles riesgos infecciosos, como la propagación de microorganismos farmacorresistentes tras su liberación al medio originada en establecimientos sanitarios.

Los desechos y sus subproductos también entrañan otros riesgos para la salud, como los que siguen; quemaduras por radiación; heridas por objeto punzocortante; intoxicaciones y contaminación por liberación al medio de productos farmacéuticos, en particular antibióticos y fármacos citotóxicos; intoxicaciones y contaminación por aguas residuales, así como por elementos o compuestos tóxicos, como el mercurio o las dioxinas que se liberan al incinerar los desechos.

- **Riesgos relacionados con objetos punzocortantes**

En 2010 la administración de inyecciones en condiciones no seguras llegó a causar 33 800 nuevas infecciones por VIH, 1,7 millones de infecciones por el virus de la hepatitis B y 315 000 infecciones por el virus de la hepatitis C.1

En un sujeto que experimenta un pinchazo con una aguja previamente utilizada en un paciente fuente, el riesgo de infección por el VHB, el VHC y el VIH es del 30%, el 1,8% y el 0,3%, respectivamente.

A todo ello hay que sumar los riesgos ligados a la práctica de hurgar en la basura de los vertederos o relacionados con el proceso de selección manual de los desechos peligrosos procedentes de los centros de salud. Se trata de prácticas comunes en muchas regiones del mundo. Las personas que

manipulan desechos corren un riesgo inminente de lesión por objeto punzocortante y de exposición a material tóxico o infeccioso.

En un estudio realizado conjuntamente en 2015 por la OMS y el UNICEF, se determinó que de las instalaciones incluidas en la muestra, que abarcaba un total de 24 países, apenas un poco más de la mitad (un 58%) tenía en funcionamiento sistemas adecuados para la eliminación segura de desechos sanitarios¹⁵.

- **Impacto ambiental**

El tratamiento y la evacuación de desechos sanitarios puede entrañar riesgos indirectos para la salud, a través de la liberación al medio de patógenos y contaminantes tóxicos.

La incineración de desechos es desde hace tiempo una práctica muy extendida, pero si no es total o si se incineran materiales que no se prestan a este tipo de tratamiento, se liberan a la atmósfera agentes contaminantes, así como cenizas residuales. Si se someten a incineración productos que contienen cloro, estos pueden liberar dioxinas y furanos, sustancias que son cancerígenas para el ser humano y han sido asociadas a diversos efectos perjudiciales para la salud. La incineración de metales pesados o productos con alto contenido

¹⁵ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/es/>

metálico (en particular, de plomo, mercurio y cadmio) puede provocar la dispersión en el medio de metales tóxicos.

Sólo las incineradoras modernas que operan a temperaturas de entre 850 y 1100 °C y cuentan con un sistema especial de depuración de gases pueden cumplir las normas internacionales de emisiones por lo que respecta a dioxinas y furanos.

Hoy en día existen soluciones alternativas a la incineración, como la esterilización en autoclave o por microondas, el tratamiento por vapor combinado con agitación de los materiales tratados o el tratamiento químico.

vii. Factores Demográficos

Entre los años 1920 y 1940, la población adulta mayor en Chile no superaba el 3,5% del total de la población, mientras que en la década del noventa alcanzó un 10%, con un número estimado de 1.300.000 personas de 60 años y más. Según los datos del Censo del año 1992, el crecimiento poblacional en Chile alcanzó un 1,56% anual, cifra muy cercana a la de los países desarrollados. Al analizar comparativamente la información mundial, se puede observar que si bien los países desarrollados tienen un mayor porcentaje de adultos mayores, más de la mitad del total de esta población vive en países en vías de desarrollo.

Chile no es el único país de América Latina y del Caribe que exhibe tasas de crecimiento poblacional tan cercanas a la de países desarrollados. Dentro de ese contexto es posible encontrar a México, Cuba, Costa Rica, Uruguay y Argentina, entre otros¹⁶.

- **La Salud**

Dado las dificultades metodológicas para "medir" el nivel de salud física, se acostumbra a hacerlo en términos negativos, vale decir a través de las muertes, hospitalizaciones y otras manifestaciones de enfermedad. Las mejores condiciones socioeconómicas de la población chilena están determinando una reducción importante en los riesgos de mortalidad. El cambio más notable ha sido la reducción en las tasas de mortalidad infantil. En la década de los años 70's morían 12 niños por mil nacidos vivos antes de cumplir un año, mientras que en la actualidad mueren 1,5 niños antes del año de edad.

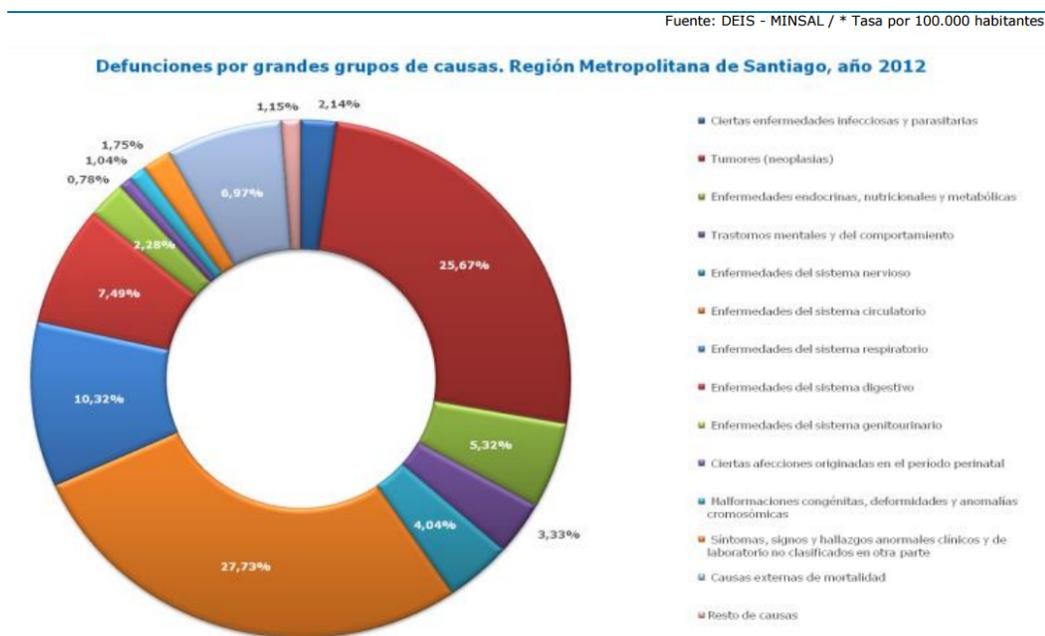
Es preciso mencionar además que, en la década de los años 50's, el chileno vivía en promedio 54 años, actualmente el promedio de vida es alrededor de 75 años; es decir, se han ganado 21 años gracias a los avances tecnológicos en salud y al mejoramiento de la calidad de vida.

¹⁶ http://www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf

▪ **Principales enfermedades de los adultos mayores**

Es preciso señalar que primeramente, la población más anciana se enferma con mayor frecuencia que los más jóvenes, que muchas veces sus enfermedades son más prolongadas y consumen un mayor número de medicamentos. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de la hospitalización en los adultos mayores. Entre los diagnósticos de mayor frecuencia están, entre otros: el infarto, los accidentes vasculares encefálicos y la hipertensión arterial. En el grupo de las enfermedades del aparato digestivo, las afecciones quirúrgicas de la vesícula biliar, constituyen una causa relevante.

Ilustración N°7: Defunciones por grandes grupos de causas. Región Metropolitana de Santiago, año 2012.



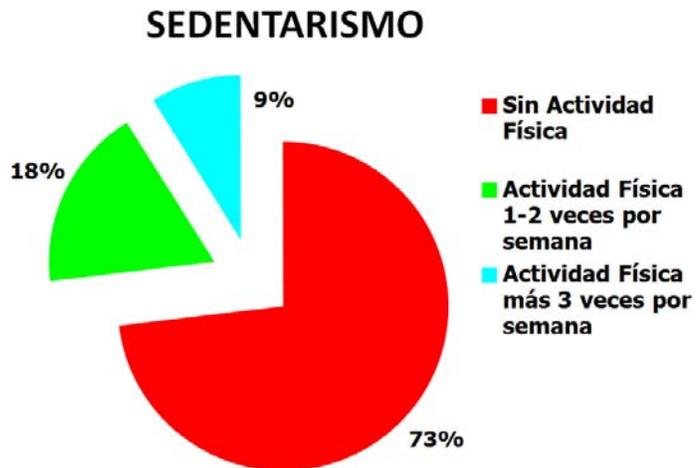
Por múltiples razones, no todas las personas que se enferman consultan al médico ni se hospitalizan. Es por ello que las encuestas son útiles, ya que nos dan una visión más amplia de los problemas de salud en la población. Estas encuestas comprueban que las personas de más edad, efectivamente, tienen mayores episodios de enfermedad y que una proporción bastante elevada es afectada por enfermedades crónicas no transmisibles. Dentro de este grupo están: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, problemas osteoarticulares, bronquiales y angustia o depresión¹⁷.

Incrementar el nivel de salud de la población adulta mayor es una tarea compleja. No sólo es importante mejorar la cantidad y la calidad de los servicios asistenciales, sino que también es indispensable que toda la población tome conciencia de que, una mejoría en este plano, supone cambiar estilos de vida o conductas no saludables tales como: malos hábitos alimentarios, tabaquismo, falta de ejercicio físico, consumo excesivo de alcohol y automedicación. Existe un enorme potencial para mejorar la salud a través de la adopción de conductas saludables; éstas constituyen el fundamento más sólido de las acciones preventivas y se deben impulsar desde temprana edad.

17

<http://www.enfermeriajw.cl/pdf/MANUAL%20GERIATRIA%20PONTIFICIA%20UNIVERSIDAD%20CATOLICA%20DE%20CHILE.pdf>

Ilustración N° 8. Niveles de sedentarismo en proporciones.



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida INE/MINSAL 2000

Ilustración N° 9. Alimentación de los chilenos.



Fuente: ENS 2009-2010, ODEPA 2012

Por último si no es posible prevenir alguna de las enfermedades crónicas mencionadas, si se pueden controlar adecuadamente. El tratamiento de la hipertensión arterial y de la diabetes mellitus, por nombrar dos condiciones frecuentes, es sencillo, sin mayor costo económico, y no requiere recursos especializados. Algo muy importante es que un sujeto hipertenso o diabético bien controlado, reduce las posibilidades de tener complicaciones de la enfermedad que lo pueden conducir a la invalidez o muerte prematura. Asumiendo que la muerte es un hecho inevitable a todo ser humano, es importante que ésta no ocurra antes de tiempo. Si aceptamos que la expectativa promedio de la vida de la población chilena es de 75 años, cualquier muerte antes de esa edad, constituye una muerte prematura. ¿De qué mueren los adultos mayores en Chile? Más de un tercio de las muertes en el grupo de 60 y más años son por enfermedades cardiovasculares; fundamentalmente infarto al miocardio y derrame o trombosis cerebral. Los tumores malignos o cáncer son la segunda causa de la muerte. En ambos sexos, el cáncer del estómago es el responsable del mayor número de fallecimientos, le sigue en importancia el cáncer pulmonar, en los varones, y el de la vesícula en las mujeres. En tercer lugar, aparece el cáncer de vesícula en los hombres y del cuello uterino y de mama en las mujeres de 60 y más años. Las enfermedades respiratorias: neumonías, bronquitis crónica, emfisema y asma, representan casi el 15% de las muertes y son la tercera causa de

fallecimiento. Otras causas significativas en esta edad, son la cirrosis hepática en los varones y la diabetes mellitus en las mujeres.

viii. Factores Regulatorios

▪ Formulación/Ejecución Proyectos Públicos de Salud

La formulación y ejecución de las iniciativas es de responsabilidad de las municipalidades y Servicios de Salud, que corresponden a entidades descentralizadas de la gestión a lo largo del país. Dependiendo del proyecto, estas entidades pueden establecer convenio de mandato con los Gobiernos Regionales, Ministerio de Salud o Ministerio de Obras Públicas para la ejecución de los proyectos. Los Servicios de Salud son autónomos para la ejecución de los proyectos, pero, sin perjuicio de ello, dado que el Ministerio de Salud regula el flujo de recursos, deben cumplir con las exigencias técnicas o administrativas que éste les solicite¹⁸.

¹⁸ <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/6444?ver=sindisen>

▪ **Evaluación Proyectos Públicos de Salud**

Independiente de la fuente de financiamiento y gestión, las inversiones en Chile son reguladas por el Sistema Nacional de Inversiones, que es administrado por el Ministerio de Desarrollo Social, ente regulador de todos los proyectos de inversión. Dependiendo de la complejidad o alcance del proyecto, esta función la ejecutan a nivel nacional o de regiones (SEREMI). Es indispensable que los proyectos cuenten con una evaluación favorable (RS) para que puedan pasar a la etapa siguiente y obtener financiamiento del Ministerio de Hacienda.

▪ **Financiamiento Proyectos Públicos de Salud**

El financiamiento es de responsabilidad del Ministerio de Hacienda que transfiere recursos a los Gobiernos Regionales o al Ministerio de Salud para la ejecución de los proyectos, lo que genera dos fuentes de financiamiento, FNDR (regiones) y sectorial (MINSAL).

Las inversiones sectoriales son priorizadas por el MINSAL, quien es responsable de la gestión del presupuesto. A niveles regionales, los recursos del FNDR son priorizados por los Consejos Regionales (CORE) y tramitados por los respectivos Gobiernos Regionales (CORE). La asignación de recursos

desde CORE y MINSAL se efectúa a partir del cumplimiento de las planificaciones locales o regionales, que pueden estar contenidas en Convenios de Programación entre CORE y MINSAL.

Para poder ser ejecutado un proyecto es necesario que se encuentre identificado en un decreto del Ministerio de Hacienda que este tomado de razón por contraloría, para ello se requiere de disponibilidad presupuestaria (MINHAC), prioridad sectorial (MINSAL) y recomendación técnico económica favorable (MIDESO).

▪ **Conclusión Análisis PESTEL**

La industria de la Salud ha variado en el tiempo, no sólo se cuenta con falta de profesionales especialistas, sino que además hoy las exigencias de los gobiernos de turno, permiten establecer nuevos estándares de atención y calidad. Como es una industria en desarrollo surgen muchos centros de atención nuevos, por lo tanto son claves los atributos de valor para convertirse en referencia para los pacientes y futuros clientes.

Paralelamente el rol del Estado, podría ser determinante, en circunstancias de posicionar a los Hospitales Públicos al nivel de las Clínicas privadas, sin embargo existen problemas de carácter político, regulatorio y gremial. La creación de nuevos centros asistenciales está sujeta a políticas públicas que cuenten con sostenibilidad en el tiempo, permitiendo solucionar a un segmento objetivo un problema similar o de una condición homogénea.

El adulto mayor sigue siendo una incertidumbre, dado que no existen suficientes soluciones para resolver el problema en salud. Un anciano requiere mayor cantidad de controles, medicamentos y cirugías de alta complejidad. Con el aporte porcentual del PIB en salud, se ve más lejana la posibilidad de otorgar respuesta satisfactoria a los adultos mayores, más aún si se considera que la población envejece a elevadas tasas.

2.4.2 Análisis de las Cinco Fuerzas.

El análisis de las cinco fuerzas, es uno de los modelos más utilizados en el mundo, éste se dio a conocer en 1979, para que en el año 2008 fuera publicado un artículo en la revista Harvard Business Review. En concreto, lo que se realiza es un completo análisis de la organización, por medio de un estudio de la industria con los antecedentes actuales, con el fin de saber dónde está posicionada la compañía con base en otra en ese momento.

Para hacer este estudio, las directrices más importantes nos hablan de cómo aplicar la estrategia competitiva y cómo determinar la rentabilidad que se lograría obtener en el mercado a largo plazo.

Éstas son:

- La posibilidad de **amenaza ante nuevos competidores**.
- El **poder de la negociación** de los diferentes proveedores.
- Tener la capacidad para **negociar con los compradores** habituales y de aquellos que lo van consumir sólo una vez.
- **Amenaza de ingresos por productos secundarios**.
- La **rivalidad entre los competidores**.

A continuación se describen los principales ejes que deben incluirse en el análisis de las 5 fuerzas de CUCHQ:

i. Poder de negociación de los clientes

En este apartado se dilucidarán problemas para una compañía cuando los clientes cuenten con un producto que tenga varios sustitutos en el mercado o que pueda llegar a tener un costo de producción más elevado que otros productos de características homogéneas. La situación se torna compleja si los compradores se encuentran bien organizados, puesto esto hace que sus exigencias sean cada vez más altas (en lo que refiere a estándares de calidad o en defecto, una notoria rebaja del precio dispuesto a pagar por el producto/servicio).

Para CUCHQ, objeto de estudio, los clientes decidirán resolver su problema en salud de acuerdo a su previsión, escogiendo por FONASA o por alguna de las diversas ISAPRES presentes en el mercado. Éstas otorgan la posibilidad de pagar subvencionando la atención médica, examen, procedimiento ambulatorio o intervención quirúrgica, a través de un copago (porcentaje del valor total) dependiendo del plan pactado con entidad previsor.

CUCHQ posee convenios con FONASA y todas las ISAPRES, inclusive cuenta con planes preferenciales que bonifican más aún el pago de la atención en salud. Todas las prestaciones de salud que presentan beneficios para el cliente deben estar codificadas por FONASA, en su defecto, el paciente deberá pagar la totalidad de la prestación. (Más de 2.800 prestaciones sin codificación, de acuerdo al número de códigos que considera FONASA en aranceles¹⁹. Por ejemplo: tratamientos oncológicos, tratamientos dermatológicos, dentales, entre otros).

La negociación per se por parte de los clientes es nula, producto que los aranceles son transversales de acuerdo al tipo de plan de salud. El paciente sólo puede llegar a negociar el copago con la institución intermediaria, pagando una prima mensual más alta, pero el precio seguirá siendo el mismo (Planes Libre Elección). Para los pacientes de previsión FONASA, los precios se encuentran fijos y predeterminados desde el Ministerio de Salud para todos sus afiliados de acuerdo a categoría impositiva, debiendo éstos ser respetados en todo Centro de Salud que acoja pacientes con la mencionada previsión.

¹⁹ <http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/12/680-659561-9-fonasa-detecta-mas-de-2800-prestaciones-de-salud-sin-arancelar.shtml>

ii. Poder de negociación de los proveedores

En el análisis de este apartado, se revisa la capacidad de negociación con que cuentan los proveedores, siendo éstos quienes definen en alguna medida el posicionamiento de una compañía en la industria, básicamente por su poder de negociación con quienes les suministrarán sistemáticamente los insumos para la producción de sus bienes. A razón de lo anterior es normal que, a menor cantidad de proveedores de una categoría, mayor será su capacidad de negociación, debido al control que éstos ejercen sobre la oferta de los insumos o servicios a requerir por el mercado, pudiendo éstos condicionar los tiempos de respuesta y precios a cobrar.

Cuando el poder de negociación se encuentra en manos de los proveedores, éstos se beneficiarán no sólo de mejores precios, sino que también de mayores plazos en la entrega, ganancias por tipo de cambio y obligaciones en los pagos efectivos.

En consecuencia, el poder negociador de los proveedores dependerá de las condiciones de la industria, de los otros proveedores existentes y del grado de importancia del producto/servicio que suministran. Un proveedor estará en condiciones de negociar si el producto que ofrece es diferenciado y las compañías que lo requieran no lo encuentren en la competencia. Sin embargo, si el producto que ofrece no es diferenciado y más aún, puede obtenerse en el mercado sin dificultades, por ende, existiendo gran número de proveedores

alternativos, su influencia se verá disminuida. Para este caso, una empresa estará en una buena posición para elegir la mejor oferta.

A razón de lo anterior, para CUCHQ, en lo que refiere a equipos industriales y médicos, los proveedores importantes (desde el punto de vista de la operatividad, por ejemplo: gases clínicos, camas para hospitalizados, bombas de presión, manguitos de isquemia, máquinas de anestesia, redes de incendios, entre otras) se exponen al mercado como marcas exclusivas, no otorgando la posibilidad de buscar soluciones en empresas que entreguen los mismos productos/servicios. Estas empresas condicionan la operatividad de sus productos sujeta a las mantenciones preventivas y detectivas del equipamiento realizadas por ellos mismos, incidiendo en el precio de las cotizaciones hasta un 500% del precio ofrecido por la competencia.

Para ejemplificar un caso, si se opta por una marca para equipamiento radiológico, se deben adquirir los repuestos originales, y deben estar contempladas las mantenciones. Habiendo expuesto lo anterior, **la negociación de este tipo de proveedores es alta** debido a que los costos de cambio constituyen modificaciones no sólo en las instalaciones, sino que también; en los procedimientos de uso y rendimientos asociados.

La posibilidad de la inclusión de un proveedor sustituto, es mínima puesto que, previamente las instalaciones fueron adaptadas con el objeto de imposibilitar el ingreso de un nuevo oferente, o en su defecto toda garantía ofrecida se perderá automáticamente. Una compañía que trabaja con casi todas las instituciones de salud en Chile es la que provee de Oxígeno, correspondiente a empresa Indura, la cual sólo permite la reposición de los tubos de oxígeno, a través del soporte exclusivo.

Dentro de este punto también debe destacarse la pérdida de poder de negociación que poseen los proveedores con CUCHQ, en lo que refiere a insumos y medicamentos estándar, básicamente por las grandes y permanentes cantidades que se aprovisionan. Paralelamente también pierden gran poder de negociación las marcas que estén recién saliendo al mercado, pues la UEN constituye un escaparate privilegiado para que las compañías proveedoras logren posicionamiento dentro de la industria.

iii. Identificación de amenazas de nuevo competidores

Cuando los rendimientos de una industria se encuentran por sobre el costo del capital y más aún, sobre las otras industrias, la atención de los inversionistas se enfocará en dicho sector en particular, traduciéndose en un aumento de oferentes del producto/servicio y por ende, competencia directa que reducirá la rentabilidad promedio de la industria.

Pese a lo anterior, el ingreso de una compañía, no estará exenta de barreras de entradas tales como: carencia de experiencia, reconocimiento de los clientes, quiebres de stock, falta de canales de distribución, existencia de oligopolios, desconfianza del mercado, situación global, etc. Sin embargo, la tarea se facilita, si es que la industria está pasando por una disconformidad notoria por parte de sus clientes dominantes, permitiendo ingresar a la industria con productos de mejor calidad que los existentes, o con precios más bajos.

Una de las barreras de entrada y salida más significativas que podrían encontrar los nuevos competidores serán aquellas que tienen que ver con costos no recuperables, vale decir los denominados costos hundidos, los cuales el nuevo competidor deberá asumir sólo por pertenecer a la industria.

Para precisar el concepto barreras de entrada, este se refiere “a cualquier mecanismo por el cual la rentabilidad esperada de un nuevo competidor entrante en el sector es inferior a la que están obteniendo los competidores ya presentes en él”, (Dalmau y Oltra, 1997). Dentro de este contexto, algunas de las barreras de entrada que se pueden encontrar son las siguientes:

Inversión o requerimientos de capital: Corresponden a las necesidades mínimas, que serán utilizadas para el desarrollo de la infraestructura productiva, de investigación y desarrollo, bodegas e inventarios, marketing o para la ejecución de las ventas.

La inversión de capital para los nuevos competidores, no sólo debe ser en equipamiento y mobiliario ad hoc para las exigencias de salud, sino que también requerirá invertir en capital humano especialista, sacrificando mayor rentabilidad aun, dado que deberá capturar desde otra institución a médicos especialistas y equipo estratégico, para recién sólo capturar participación de mercado, sin considerar rentabilidad.

Economías de escala: Corresponden a aquellas donde el precio unitario del producto a nivel competitivo recién se obtendrá con volúmenes considerables de producción. Para una compañía que decide integrarse al

mercado con un nivel de producción bajo, tendrá la dificultad que será poco competitiva y deberá enfrentar obtener un margen menor de rentabilidad.

Hoy en día los pacientes requieren resolver su problema de salud, de una manera ágil, expedita y acorde a su restricción presupuestaria, por lo tanto un nuevo competidor deberá ser capaz de ofrecer a sus clientes un producto/servicio que logre satisfacer las expectativas contando con atención ambulatoria, exámenes de especialidad e intervenciones quirúrgicas.

Curva de experiencia: Dependiendo del tipo de industria, no sólo las preferencias de los consumidores van cambiando, sino que paralelamente los productos deben ir logrando satisfacer estas preferencias, por lo que los procesos productivos deben estar aperturados para recibir modificaciones, en donde las rigideces podrían dejarlo fuera del mercado en poco tiempo de haber ingresado.

Un nuevo competidor deberá al menos replicar las condiciones que tiene un centro de salud con el cual desee competir, sin embargo para CUCHQ, esa posibilidad toma poco poderío, puesto la experiencia la demuestra el liderazgo de su operatividad a lo largo de 89 años de experiencia.

Liderazgo en costos: Un nuevo competidor deberá otorgar nuevos atributos de valor que puedan ser capturados por sus eventuales nuevos clientes, dado que los factores productivos de CUCHQ están con condiciones de permanencia sujetos a cláusulas de salida, por tanto si desea capturar el capital humano, deberá desembolsar montos importantes por cada recurso (depende de especialidad).

Diferenciación del producto: Dependiendo del tipo de producto/servicio, los clientes no quedarán satisfechos con productos estándar, ni menos con productos/servicios que no incluyan garantías como postventa o preocupación por la conformidad, por lo que además de la diferenciación del producto, se encuentra el prestigio y posicionamiento que posee la compañía, complicando más aún la posibilidad que ingrese un producto a competir con esa compañía. La evidencia histórica demuestra que existen muy pocos productos/servicios que cuenten con plena satisfacción de los consumidores, empeorando la situación si se toma en consideración la reputación de las compañías existentes. Hoy los nuevos competidores ingresan al mercado con mejores precios y mejores condiciones del producto/servicio, la inquietud para los clientes es si la propuesta de valor logrará ser sostenible en el tiempo.

Las garantías que ofrece la Red de Salud de la Universidad de Chile, permite a CUCHQ, ofrecer un producto/servicio que difiere significativamente en

relación a la propuesta de valor de la competencia, primeramente por el nivel de cobertura por especialidad, y acorde a la disposición a pagar por las atenciones de salud. CUCHQ se ve disminuida en términos de atributos complementarios al producto/servicio, un ejemplo es la hotelería.

Acceso a canales de distribución: Las grandes compañías con el objeto de asegurar los volúmenes de venta, son capaces de perder rentabilidad, negociando en sus contratos ofrecer sus productos con condiciones de exclusividad por ejemplo en supermercados. Paralelamente son capaces de desembolsar grandes sumas de dinero en publicidad, para opacar los sectores en donde se ofrecen productos de los nuevos competidores.

En la industria de CUCHQ, los clientes están condicionados para su decisión de acceder a una atención en salud por las ISAPRES y FONASA. Dentro de este contexto, los nuevos competidores deberán entregar condiciones atractivas para recién comenzar a negociar con las instituciones recién mencionadas.

En consecuencia, **se concluye que la fuerza descrita no es un elemento que pueda constituir una amenaza**, fundamentalmente por las barreras de entrada y salida, en conjunto con las mínimas posibilidades de diferenciarse y obtener una ventaja competitiva.

iv. **Identificación de amenazas de productos o servicios sustitutos**

Los productos sustitutos son aquellos que proporcionan idénticas funciones del producto en estudio. Por otro lado son determinantes para medir el atractivo de la industria, fundamentalmente porque pueden reemplazar los productos y servicios que se ofrecen o bien representar una alternativa para satisfacer la demanda. Mencionados productos se convertirán en amenaza para la industria si cubren idénticas necesidades a un precio menor, con mejor rendimiento y superiores estándares de calidad.

El impacto que la amenaza de sustitutos tiene sobre la rentabilidad de la industria depende de los siguientes factores (Baena et al., 2003):

Disponibilidad de sustitutos: Se refiere a la existencia de productos sustitutos y a la facilidad de acceso.

La medicina no reconoce, ni tampoco valida productos sustitutos, dentro de los que se pueden mencionar; naturales, orgánicos, ancestrales, indígenas, entre otros.

Precio relativo entre el producto sustituto y el ofrecido: Se refiere a la relación entre el precio del producto sustituto y el analizado.

Los productos sustitutos a los que son vendidos por las compañías farmacéuticas son evidentemente más baratos, sin embargo el efecto en el

precio no otorga ningún cambio en la decisión por resolver un problema de salud.

Rendimiento y calidad comparada entre el producto ofrecido y su sustituto: Los clientes se inclinarán por el producto sustituto si la calidad y el rendimiento son superiores al producto que comúnmente adquieren.

La calidad de los productos sustitutos, no está reconocida por las normas ministeriales que otorguen garantías a quienes las utilicen. Además no poseen evidencia empírica medida a través de estudios reconocidos por la Medicina.

Costos de cambio para el cliente: Si los costos de cambio son reducidos, los pacientes no tendrán problema en elegir el bien sustituto, mientras que si son altos, es menos probable que lo hagan.

Si bien los sustitutos son una industria en desarrollo, durante la última década, no se han ampliado masivamente los puntos de venta de este tipo de productos. En exacto, del stock total de los productos que ofrecen las farmacias tradicionales, sólo el 2% corresponden a productos de esta índole.

En la actualidad surge con fuerza el concepto de productos sustitutos asociados a la Medicina Alternativa, sin embargo éstos no son reconocidos por el Colegio Médico de Chile. Preciso es mencionar que, no existen estudios ni

investigaciones que avalen los resultados en el largo plazo, de los tratamientos supeditados a la medicina alternativa.

Pese lo indicado anteriormente, la medicina alternativa es mucho menos costosa para los pacientes, lo que permite al usuario, al menos optar por estas opciones de bajo precio, aunque no estén demostrados empíricamente sus beneficios, dejándose llevar por la diferenciación monetaria.

En consecuencia, el análisis de esta fuerza demuestra que no constituye una amenaza la posibilidad de productos sustitutos.

v. Determinación de la rivalidad de los competidores existentes.

El análisis de esta fuerza otorga respuesta a la inquietud permanente de cómo se encuentra una compañía en la industria. Mediante este estudio se pueden emprender acciones que permitan fortalecer su posicionamiento en el mercado y así, proteger su posición competitiva a costa de su competencia directa.

Cuando dentro de una industria, las compañías compiten por precios, no solo ellas generarán menor rentabilidad, sino que toda la industria se verá mermada, de manera que no será atractiva la entrada de nuevas empresas. La

determinación de la rivalidad entre los competidores de una industria define su rentabilidad, por tanto, cuanto menos competitiva se encuentre, habitualmente será más rentable y viceversa.

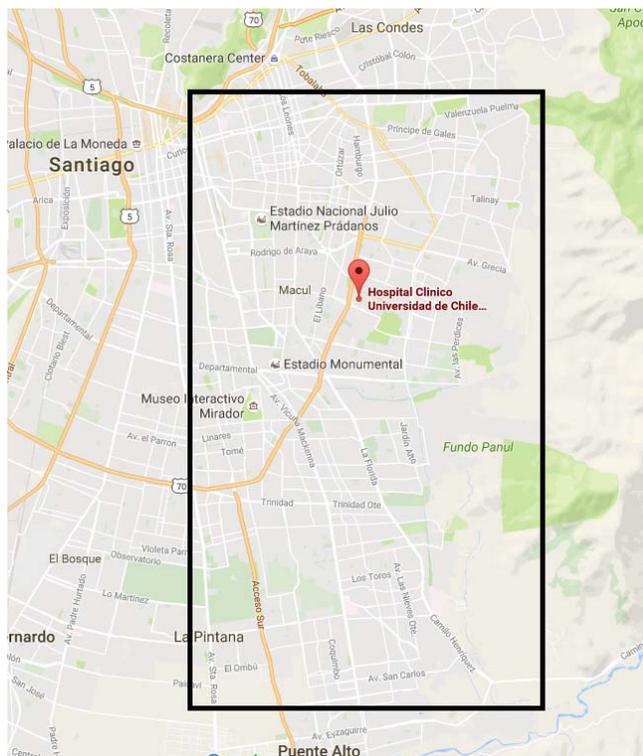
Para determinar el nivel de rivalidad de la competencia, se deben considerar las siguientes variables²⁰:

Concentración: Dentro de una industria monopólica, la compañía dominante tiene libertad para la fijación de precios. Sin embargo, para el caso de los oligopolios, la competencia en precios queda limitada a acuerdos de “precios paralelos” entre estas compañías. Hoy en día estas conductas no se permiten por norma legal, dado que no permiten la libre competencia, actuando como un cartel, vale decir colusión.

La competencia en salud, se refleja en la cobertura geográfica que abarca cada Clínica, en específico CUCHQ está inserta en la zona suroriente de la Región Metropolitana, con poca presencia de competencia directa (Clínica Vespucio y Clínica Avansalud) en las comunas de La Reina, Peñalolén, Puente Alto, Macul y en menos proporción Ñuñoa, Providencia, San Joaquín y Santiago.

²⁰ <http://www.monografias.com/trabajos82/modelo-competitividad-cinco-fuerzas-porter/modelo-competitividad-cinco-fuerzas-porter2.shtml>

Ilustración N°9: Cobertura geográfica CUCHQ.



Fuente: Elaboración propia.

Diversidad de competidores: Esta variable expone las diferencias en lo que refiere a orígenes, objetivos, costos y estrategias de las empresas.

CUCHQ, también considera como competidor a la Salud Pública, dado que paralelamente ejecuta dentro de sus atenciones, tareas de los Hospitales Públicos, cuando se trata de no retrasar las obligaciones de los gobiernos de turno. Sin embargo es un competidor que no constituye amenaza, dado que no

posee interés en capturar las atenciones que le son removidas para que una Clínica las realice.

Por otro lado, se encuentran los centros médicos ambulatorios y dentales, los que poseen una estrategia que apunta a otro segmento de la población.

Grupos empresariales: La rivalidad ha incrementado a razón de la inclusión de los intermediadores (instituciones de las previsiones en salud: ISAPRES) quienes se encuentran comprando las compañías de la industria para relanzarlas y ofrecerlas como un holding, con similares beneficios en sectores geográficos disímiles

En Chile el precio mínimo para las atenciones de salud, son expuestas por el Fondo Nacional de Salud, quien actúa como regulador en este sentido. El precio máximo queda a disposición de cada Clínica y su respectiva estrategia comercial.

Del análisis recién expuesto, se puede desprender que el grado de rivalidad entre los competidores es alto y se encuentra centralizado en las empresas más grandes (ISAPRES), puesto van surgiendo mayor cantidad de centros siendo los mismos dueños (idéntica situación al retail, farmacias, gasolineras, entre otros)

3. ANÁLISIS FODA

3.1 Análisis de Oportunidades y Amenazas

Las oportunidades y amenazas son variables que constituyen una herramienta que nos permite visualizar la situación de estudio, generando un diagnóstico de nuestra organización, en función de esto conlleva a tomar las decisiones de acuerdo a la misión y visión organizacional.

A continuación se especifican las principales referidas a la UEN.

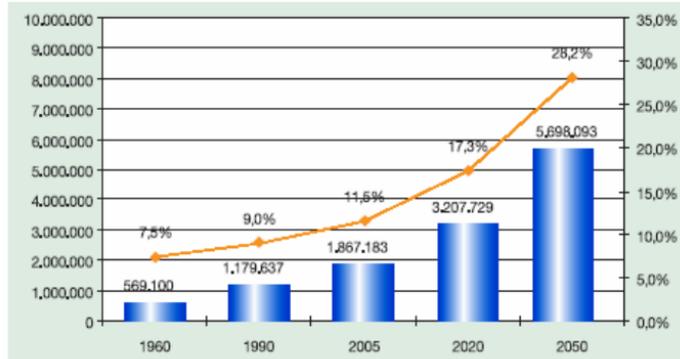
Oportunidades

O1: Creciente demanda por monitoreo y control médico por parte de los pacientes.

De acuerdo a lo descrito en el análisis PESTEL, la población chilena se encuentra envejeciendo a tasas exponenciales. Paralelamente han surgido medidas paliativas para otorgar diagnóstico oportuno a enfermedades que son líderes en muertes en nuestro país.

Ilustración N°11. Tendencias del envejecimiento en Chile: 1960-2050.

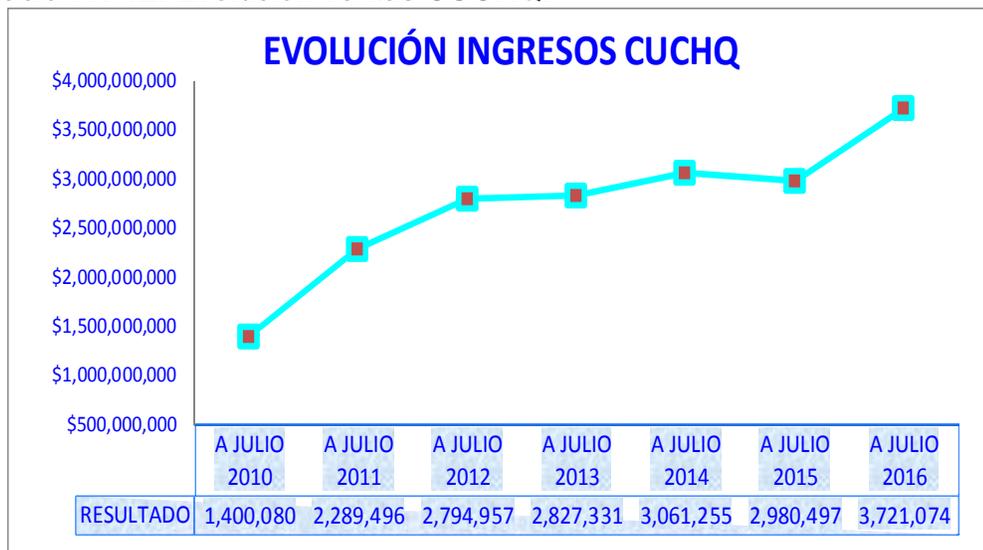
Tendencias del Envejecimiento población de Chile:1960 - 2050



Fuente: CELADE

Las medidas son de carácter preventivo, a través de exámenes de Laboratorio Clínico e Inmunológicos. La ilustración a continuación expone el crecimiento sostenido que han tenido los ingresos por concepto de atenciones médicas en la UEN, triplicándose en 5 años.

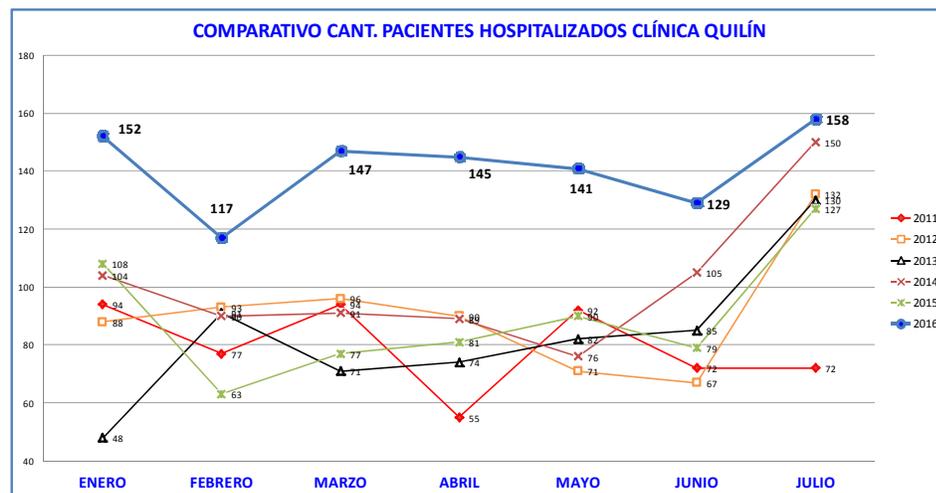
Ilustración N°12: Evolución ventas CUCHQ.



Fuente: Elaboración propia

Cuando los exámenes resultan alterados, es muy probable que requieran la realización de una intervención quirúrgica programada de carácter ambulatorio, previniendo una complicación a posteriori, es así como queda registrado el crecimiento en las cirugías de los últimos 3 años en la UEN. Se observa tendencia en ilustración a continuación.

Ilustración N°13: Evolución IQ CUCHQ.



Fuente: Elaboración propia

O2: Necesidad de asegurar atenciones de salud por Médicos Especialistas, tanto en Hospitales Públicos como en Clínicas Privadas.

Se puede desprender del análisis PESTEL, el gran déficit que existe en materia de médicos especialistas en Chile, tanto en la salud pública como privada. Por consiguiente dentro de ese marco, la Red de Salud de la

Universidad de Chile a la cual pertenece la UEN, se ve claramente favorecida pues es el principal Centro Formador de Especialistas Médicos de Chile. Mencionada Red de Salud concentra aproximadamente el 40% de la formación de los médicos especialistas del país²¹.

Adicionalmente la UEN, posee capacidad para retener a los profesionales por 4 años (no imposibilitándolos que ejerzan un cargo en otra institución) condicionados a efectuar labores debidamente remuneradas por al menos 10 horas semanales en CUCHQ. Lo anterior convierte a la UEN, en una institución que contará con una dotación segura de profesionales especialistas en el largo plazo.

O3: Incremento de exigencias en proceso de Acreditación Clínica.

Tal como lo explica detalladamente el análisis PESTEL, el proceso de Acreditación Clínica permite brindar una atención con garantías a los pacientes, por tanto los beneficiados podrán recibir las actividades de salud, de acuerdo a las directrices que fije la Autoridad Sanitaria. Directrices que estarán vinculadas a grupos poblacionales y a la forma de entrar a una red de servicios de salud, condicionada por la capacidad de resolución y derivación de cada nivel. Cada Centro que cuente con la exigencia de calidad, deberá garantizar este acceso,

²¹ <http://www.uchile.cl/noticias/119007/comunidad-del-hcuch-proyecto-su-rol-en-formacion-de-especialistas>

intermediando o facilitando las relaciones entre los usuarios y los proveedores de Salud.

En términos relativos, la derivación de pacientes (desde ISAPRES o FONASA) alcanzará el 40% de la ocupación total de las prestaciones dispuestas según capacidad, lo anterior, según lo indicado por Jefe de Administración, Finanzas y Operaciones de CUCHQ, quien llegó a ese convenio con las instituciones derivadoras.

Habiendo descrito lo anterior, una institución de salud que no cuente con mencionado proceso reconocido por la Superintendencia de Salud, no podrá atender pacientes que caen en esa categoría. Constituye una oportunidad para CUCHQ, a razón de que clínicas de reconocimiento han comenzado a perder la acreditación fundamentalmente por resguardos que no se toman en lo que refiere a la seguridad del paciente²². Un caso muy conocido es de la prestigiosa “Clínica Alemana”. Si bien las clínicas podrán reacreditarse a posteriori, en términos de licitaciones públicas, competirán con un puntaje inferior.

²² <http://www.latercera.com/noticia/clinica-alemana-pierde-acreditacion-de-calidad-y-sale-del-registro-de-prestadores/>

O4: Incremento de cirugías a realizar por contribución al gobierno de turno en el cumplimiento de compromisos adquiridos con la ciudadanía.

En relación al resultado del análisis del estudio de las Cinco Fuerzas y PESTEL, los atrasos en materia de salud no pueden quedar pendientes en los gobiernos de turno, por tanto históricamente recurren a la Red de Salud de la Universidad de Chile, a la cual pertenece la UEN, en donde sistemáticamente apoya en las tareas de los Hospitales Públicos o compromisos adquiridos con las comunidades más vulnerables.

CUCHQ utiliza los tiempos muertos o tiempos cuellos de botella para dar cumplimiento a las peticiones recién mencionadas, otorgando mayor ocupación a la capacidad instalada. Dentro de este marco destacan:

- vi. Disminución de las listas de espera de Hospitales Públicos (tratamientos e intervenciones quirúrgicas), esto se desarrolla a través de peticiones concretas con los Servicios de Salud Metropolitanos y/o Regiones, o dictámenes ministeriales.
- vii. Convenios a través de adjudicaciones generadas en el portal Mercado Público (Mercado Público), como por ejemplo Junji, Junaeb y Municipalidades.

Constituye una oportunidad para CUCHQ, por la necesidad que las cirugías sean satisfactoriamente ejecutadas, con un precio bajo y dentro de un plazo de tiempo definido, y CUCHQ cuenta con tiempos muertos que aprovecha para este tipo de pacientes.

Amenazas:

A1: Creciente creación de centros médicos con gran inversión en tecnología.

Tal como lo explica en profundidad el análisis de las Cinco Fuerzas, el nivel de competitividad de la industria de la salud, se reduce cada vez a menos competidores quienes expanden sus instalaciones acordes a sus planes de salud. Hoy en Chile quienes compiten son las ISAPRES (dueñas de las clínicas) y algunas redes de envergadura histórica (Red de Salud de la Universidad de Chile, Red de Salud de la Universidad Católica y Red de Salud Clínicas Alemanas, siendo estas tres las de mayor prestigio y reputación). Sin embargo las ISAPRES son quienes de acuerdo a diagnóstico médico derivan a sus propias clínicas a sus afiliados, tanto para la realización de exámenes, procedimientos ambulatorios y/o intervenciones quirúrgicas, permitiendo hacer uso de los copagos convenidos en planes de salud.

La ocupación de las instalaciones de la UEN podría verse en riesgo, de acuerdo a la cantidad de nuevos campos clínicos²³ que traen consigo equipamiento de vanguardia para procedimientos ambulatorios y quirúrgicos

Maximizando el nivel de bienestar de los pacientes de acuerdo a su previsión (copago acordado bajo plan de salud), tendrán convenios preferentes que los beneficiarán eventualmente en aquellos nuevos centros médicos o Clínicas²⁴. Por ejemplo futura clínica BUPA de exclusividad Isapre Cruz Blanca (se insertará dentro del área de cobertura de la UEN), posibilitando la eventual fuga de pacientes.

A2: Situación de desventaja en relación a los planes de salud (Planes preferentes de clínicas)

Tal como hace mención el Análisis de las Cinco Fuerzas, las empresas que se encuentran insertas en la industria, cada vez se esfuerzan en crear mayores barreras a la entrada no sólo para los nuevos competidores, sino que también para la competencia actual.

²³ <http://www.latercera.com/noticia/nacional/2016/07/680-687430-9-proyectos-de-inversion-del-sector-privado-sumaran-mas-de-mil-camas-a-la-red-de.shtml>

²⁴ <http://www.elmercurio.com/blogs/2016/06/15/42592/Nuevas-inversiones-privadas-en-salud.aspx>

Los planes que ofrecen las ISAPRES, pueden tener dos modalidades; eligiendo una clínica preferente o por un plan libre elección, vale decir que el paciente pueda ir a la institución que desee. Sin embargo, el plan preferente presentará un costo menor para el paciente, dado el nivel de copago por prestación. Corriendo con desventaja puesto que ofrecerán las Clínicas que sean parte de su red de convenios.

A3: Realización de tareas de Hospitales Públicos, equivalentes a incobrables.

Si bien CUCHQ es una Institución perteneciente a la Universidad de Chile, la operatividad es de carácter privada. Pese aquello tal como lo especifica el Análisis PESTEL, para satisfacer los niveles de cumplimiento de tareas de los Hospitales Públicos, CUCHQ presta cobertura en atenciones médicas y quirúrgicas, constituyendo costos hundidos, dado que, no son retransferidos los recursos a CUCHQ, los cuales habían sido transferidos inicialmente a los Servicios de Salud.

Lo anterior ocurre, aduciendo según éstos, a errores en los plazos de ejecución y omisiones en protocolos operatorios o diagnósticos al alta.

A4: Mayor influencia de los gremios Estatales.

Cada día toma mayor fuerza la participación de los gremios, particularmente de la ANEF (Asociación Nacional de Empleados Fiscales), incidiendo en la postura que debe tomar el gremio de la Universidad de Chile, denominado FUCH, generando influencias negativas en el funcionamiento óptimo de las estrategias que se pretenden desarrollar.

La principal amenaza que se encuentra a la vista son las movilizaciones generadoras de detención de actividades o paros.

3.2 Análisis Fortalezas y Debilidades

A continuación se ejemplificarán las fortalezas y debilidades referidas principalmente al análisis interno de CUCHQ. Principalmente tiene énfasis este enfoque en explorar, conocer y resolver de manera más eficaz problemas y optar por las soluciones que permiten generar los cambios que necesita la organización:

Fortalezas:**F1: Confianza y credibilidad reconocida por su público objetivo.**

El hecho de contar con 85 años al servicio de la comunidad resolviendo problemas de salud, sumado a la gran cantidad de recursos tecnológicos que se disponen, acorde a las nuevas necesidades de los pacientes, permite encontrarse en el “top of mind” de las instituciones que otorgan confianza a los pacientes que se atienden dentro del sector sur oriente de la capital, de acuerdo a revista Hospital Clínico U. de Chile, Volumen 32, N°4 año 2016, diferenciando claramente del Hospital Clínico ubicado en Recoleta, puesto la Clínica cuenta con modernas instalaciones a la vanguardia en equipamiento clínico y estándares de atención orientados al paciente que finalmente otorgan satisfacción, según encuesta de satisfacción Jul15-Jul16, de la Unidad de Mejora Continua CUCHQ.

F2: Formación de los profesionales médicos.

Todos los especialistas médicos, odontólogos y derivados, son profesionales validados por la Universidad de Chile a través de Contraloría General de la República. Preciso es mencionar que el 98% de éstos,

corresponde a profesionales que egresaron de la Universidad de Chile, considerando pregrado o postgrado.

Cabe recalcar que es, la Universidad de Chile quien valida los títulos médicos si provienen del extranjero, sujetos a una prueba de admisión y documentación debidamente validada por Extranjería de Chile. Adicionalmente todos los profesionales se encuentran registrados en la Superintendencia de Salud, permitiendo a los pacientes de la UEN que puedan revisar sus antecedentes inclusive por internet.

F3: Capacidad instalada.

La infraestructura de la Clínica posee menos de 10 años en su funcionamiento, cumpliendo con las condiciones adecuadas para otorgar confiabilidad a sus pacientes.

Los equipos médicos cuentan con las mantenciones preventivas y detectivas bajo contratos con los distintos proveedores líderes en la industria, contando para cada equipo con certificaciones que otorgan seguridad y confianza también a los profesionales que los utilizan. Para mencionar algunas marcas destacan Siemens, Phillips, General Electric, Kodak, Indura, Toshiba, entre otras.

F4: Vínculo con el paciente

La literatura médica hace énfasis en la importancia que tiene la creación de un vínculo positivo entre el paciente y el profesional médico, con el objeto de que el tratamiento del que ambos son partícipes obtenga resultados satisfactorios. Este vínculo se construye a través de la empatía y confianza mutua.

El análisis de las Cinco fuerzas deja en evidencia la importancia de entender que el paciente solicita tratamiento porque arrastra problemas que son causa de su sufrimiento o molestar, desconociendo la solución al respecto, generando en él una situación inquietante a todas luces, por tanto acudir a consultar sobre padecimientos de carácter emocional, no será sencillo, porque es un asunto que incide directamente en la esfera íntima del propio individuo.

De acuerdo al proceso de inteligencia de negocios realizado por la Unidad de Control de Gestión de CUCHQ, las principales conclusiones obtenidas a través de patrones que se repitieron, fue equivalente a la demostración que cuando el paciente recibió como satisfactoria la atención médica, se mantendrá en relación con el médico tratante, permitiendo ser a quien acuda primera instancia en caso de haber constatado molestias, enfermedades o inquietudes de acuerdo a su estado de salud.

Debilidades:

D1: Imposibilidad de adquirir equipamiento específico solicitado por médicos especialistas

Toda adquisición de equipamiento clínico para la UEN, deberá al menos contar con evidencia empírica sugerida por la literatura y adicionalmente estará sujeta a licitación pública que permitirá a todas las empresas proveedoras que cuenten con equipo participar en el proceso.

Por consiguiente, no es posible adquirir equipamiento sin un marco de transparencia, dejando de lado la posibilidad que un profesional o equipo médico solicite una marca en especial, lo que tiende a molestar a éstos, pues son ellos los usuarios quienes tendrán que utilizar estos equipos para las atenciones ambulatorias y/o quirúrgicas.

D2: Sistema de compensación inferior a clínicas del sector.

Tomando en consideración el análisis de las Cinco Fuerzas en donde se hace mención al grado de rivalidad entre las empresas que componen la industria de la Salud en Chile, cada Clínica privada, negocia arbitrariamente con los profesionales, de acuerdo al requerimiento que busquen dar respuesta,

otorgándoles garantías y condiciones especiales para contar con los servicios de éste. Para el caso de CUCHQ, las vinculaciones médicas son porcentajes fijos, inamovibles, regulados por la Contraloría de la Universidad de Chile, en el marco de los códigos de transparencia. La situación recién mencionada, no permite competir a la CUCHQ con las estrategias salariales de las otras clínicas.

D3: Parsimonioso sistema de aprovisionamiento.

Tomando en consideración lo descrito en Análisis PESTEL, las compras para CUCHQ, debe someterse a los procesos que requiere Mercado Público. Este consiste en la plataforma de Licitaciones de Mercado Público, un espacio de oferta y demanda con reglas y herramientas comunes, administrado por la Dirección ChileCompra.

En esta plaza de negocios se transan todos los bienes y servicios de la gran mayoría de las entidades públicas y los contratos públicos que se derivan de las transacciones que se producirán en este Mercado Público.

Cuenta con funcionalidades que permiten la publicación y búsqueda de oportunidades de negocio en el Estado, junto a diversos formularios que soportan cada uno de los pasos de un proceso licitatorio. Entre otras

funcionalidades se encuentran; elaboración de términos de referencia, preguntas y aclaraciones, elaboración y gestión de ofertas, suscripción de órdenes de compra y contratos, calificaciones y reclamos²⁵.

La normativa recién descrita, si bien otorga condiciones de transparencia, no otorga agilidad en los procesos. Es preciso mencionar que en ocasiones ingresan posterior a requerirlos, un ejemplo son las vacunas no ministeriales (complementarias), las cuales tienden a ser aprovisionadas posterior a los brotes de una bacteria o fecha brote de alergias.

La debilidad se manifiesta al tener que anticiparse a las necesidades de la industria con un alto nivel de incertidumbre

D4: Dependencia del Hospital Clínico para la toma de decisiones.

La dependencia de la CUCHQ con la Dirección General y Médica del Hospital Clínico de la U. de Chile, condiciona a obtener el visto bueno primero de la Dirección Administrativa Financiera, luego Dirección Médica, para finalmente la aprobación de la Dirección General, para recién ahí iniciar los procesos.

²⁵ <https://www.mercadopublico.cl/portal/mp2/secciones/auxiliares/que-es-mercado-publico.html>

Pese a aquello CUCHQ, envía todos los requerimientos realizados en su completitud, vale decir evaluados, proyectados, testeados y validados, solicitando sólo la autorización para las ejecuciones respectivas.

3.3 Tabla FODA Cuantitativo

La tabla N°1 tiene relación con el FODA realizado a CUCHQ, se consideraron las variables asociadas con experiencia, inversiones, profesionalización de equipo médico, entre otras, para llegar al resultado expuesto a continuación.

Tabla N°1: FODA cuantitativo CUCHQ

FODA CUANTITATIVO CLÍNICA U. DE CHILE		OPORTUNIDADES			PROMEDIO	AMENAZAS			PROMEDIO
		Creciente demanda por monitoreo y control médico por parte de los pacientes.	Incremento de mano de obra especialista.	Apoyo al gobierno de turno en el cumplimiento de compromisos adquiridos.		Creciente creación de centros médicos con gran inversión en tecnología.	Situación de desventaja en relación a los planes de salud (Planes preferentes de clínicas)	Participación de los gremios Estatales en la toma de decisiones en la Administración.	
FORTALEZAS	Años de experiencia, conocimiento del medio y ser el principal centro formador de especialistas médicos del país.	7	7	7	7.0	7	4	3	4.7
	Formación de los profesionales médicos.	7	7	6	6.7	4	5	2	3.7
	Vínculo con el paciente	7	6	7	6.7	7	6	3	5.3
PROMEDIO		7.0	6.7	6.7		6.0	5.0	2.7	
DEBILIDADES	Inversiones en equipamiento de alta complejidad con lenta recuperación.	2	2	2	2.0	6	2	6	4.7
	Sistema de compensación inferior a clínicas del sector	3	4	3	3.3	7	7	2	5.3
	Parsimonioso sistema de aprovisionamiento.	4	5	1	3.3	6	2	2	3.3
PROMEDIO		3.0	3.7	2.0		6.3	3.7	3.3	

Fuente: Elaboración propia.

Escala: 7 ponderación más alta, 1 ponderación más baja.

3.3.1. Análisis para cada cuadrante de la tabla FODA

- Cuadrante Fortalezas versus Oportunidades

La fortaleza que permite de mejor forma aprovechar las oportunidades es “*F1: Confianza y credibilidad reconocida por su público objetivo*”, por tanto la estrategia debe mantener en desarrollo la reputación de CUCHQ, resguardando por la ejecución de sus servicios clínicos y de calidad (hotelería), con el objeto siempre de mantener satisfechos a los pacientes.

- Cuadrante Fortalezas versus Amenazas

La fortaleza que permite enfrentar en mejores condiciones las amenazas es: “*F3: Vínculo con el paciente*”, por tanto la estrategia debe resguardar la relación que mantiene cada profesional clínico con sus pacientes, poniendo énfasis en cada una de las etapas del tratamiento y recuperación.

- Cuadrante Debilidades versus Oportunidades

Las debilidades que principalmente no permiten que aprovechemos las oportunidades son “*D2: Sistema de compensación inferior a clínicas del sector y D3: Parsimonioso sistema de aprovisionamiento*”, por tanto la estrategia debe orientarse a la planificación y control de stock de inventarios de farmacia, previniendo eventuales tardanzas en recepción, procurando siempre evitar las bajas por vencimiento. Paralelamente deben crearse las condiciones para que

los profesionales médicos prefieran atender en la clínica, otorgando mejores condiciones en lo que refiere a equipos médicos, de carácter hoteleras y de tecnología, siempre sujetas al efecto ingreso tenga un efecto comparativamente equivalente. Tal situación sólo ocurre cuando se logra cuando el ingreso será mayor por la cantidad total de pacientes atendidos.

- Cuadrante Debilidades versus Amenazas

La debilidad que activa con mayor profundidad las amenazas descritas es: “*D2: Sistema de compensación inferior a clínicas del sector*”, por tanto la estrategia debe procurar asegurar una cantidad de pacientes a atender, pudiendo compensar y equilibrar las compensaciones con otras instituciones que poseen mayor ausentismo y menor agenda médica.

De acuerdo a lo anterior, la estrategia en conjunto debe basarse en el posicionamiento adquirido, potenciando los atributos de valor que capturan los pacientes en sus niveles de satisfacción, en donde se hacen fuertes la credibilidad y confianza que la institución otorga, en conjunto con la relación que mantienen los profesionales para con sus pacientes. Potenciando ambas se abrirán nuevas oportunidades y las amenazas se verán mermadas potencialmente.

Por otro lado las debilidades que golpean más fuerte a CUCHQ, tienen relación con las rígidas normas de transparencia, las cuales no permiten competir al mismo nivel y bajo las mismas condiciones que la competencia directa.

4. FORMULACIÓN ESTRATÉGICA

La Formulación estratégica tiene directa relación con el modo de actuar y el entorno de la CUCHQ, Para esto se presenta la propuesta de valor y las características que se deben considerar para el correcto funcionamiento, actuar con eficiencia, eficacia y generar el cumplimiento a los objetivos establecidos en la misión institucional.

4.1. Declaración de la Propuesta de Valor

Declaración Propuesta de Valor

“Resolución de un problema de salud mediante diagnóstico experto, con amplia gama de especialidades, confiable y con acceso a todas las coberturas de salud, a través de consultas médicas, exámenes de especialidad, procedimientos ambulatorios y/o intervenciones quirúrgicas o un mix de éstas”.

Descripción de Atributos

Diagnóstico experto: Atención de profesionales destacados todos provenientes y/o reconocidos por la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile.

Amplia gama de especialidades: Diversidad de especialistas y equipamiento clínico asociado.

Acceso a todas las coberturas de salud: Convenio de planes de salud con FONASA, todas las ISAPRES y múltiples empresas.

4.2. Relación Atributos Propuesta de Valor y Creencias

Tabla N°2: Relación Atributos Propuesta de Valor y Creencias

		Orientación al paciente	Creemos Valor	Clínica verde	La ética empresarial y laboral
Atr. 1	Diagnóstico experto	Permite incrementar el vínculo con el paciente.	Permite capturar un margen permanente.	Valor integrado en los tratamientos a desarrollar.	Valor que debe ser un elemento a considerar.
Atr. 2	Amplia gama de especialidades	Otorga mayor cobertura a los requerimientos del paciente.	Permite desarrollar estrategia de precios	Permite confeccionar distintos canales de reciclaje.	Valor que debe ser un elemento a considerar.
Atr. 3	Acceso a todas las coberturas de salud	Permite no dejar fuera a nadie.	Permite desarrollar estrategia de precios	Podría verse en riesgo.	Valor que debe ser un elemento a considerar.

Fuente: Elaboración propia.

4.3. Relación Atributos Propuesta de Valor y Análisis FODA

Tabla N°3: Relación Atributos Propuesta de Valor y Análisis FODA

		Oportunidades	Amenazas	Fortalezas	Debilidades
Atr. 1	Diagnóstico experto	Liderazgo en cirugías de alta complejidad	Rentas de profesionales bajo la media del mercado.	Permite asegurar clientela a futuro. Permite asegurar la calidad del producto/servicio	Probabilidad de fuga de profesionales.
Atr. 2	Amplia gama de especialidades	Apertura a la I&D	Elevadas y permanentes inversiones	Cobertura a nuevas y crecientes necesidades	Elevado costo operacional
Atr. 3	Acceso a todas las coberturas de salud	Nuevas codificaciones asociadas a nuevas necesidades	Nuevas clínicas	Planes preferentes	Dependencia de previsiones en particular

Fuente: Elaboración propia.

5. MODELO DE NEGOCIO

“Un modelo de negocio fundamentado en la innovación se basará en encontrar y fomentar nuevas formas de crear, entregar y captar valor para el cliente” (Osterwalder y Pigneur, 2002)

El Método Canvas busca a través de un modelo integral, analizar la empresa como un todo, que permita constituirse como base para desarrollar diferentes modelos de negocios, que a la postre se traduce en una herramienta de Innovación Estratégica.

Esta herramienta (lienzo) tiende a ser muy práctica, ya que permite modificar todo lo que se desee sobre el mismo, permitiendo que a medida que se va avanzando en su análisis, se puedan testear hipótesis que pongan en jaque la viabilidad del negocio. Canvas permite tener una visión rápida del modelo del negocio, que luego podrá ampliarse en otros documentos estratégicos como el plan de negocios.

Éste tiende a ser muy práctico, a razón de:

- **Simplicidad de interpretación.** El modelo está representado mediante bloques que simbolizan los nueve elementos de la estructura del negocio. Estos elementos distribuidos adecuadamente, permiten interpretar de

manera eficaz la forma en que tu empresa crea valor para los clientes y logra competitividad.

- **Enfoque integral y sistémico.** Al exponer todos los elementos (internos y externos) en el mismo lienzo, se torna más visible cualquier eventual incoherencia entre ellos.
- **Cambios y repercusiones.** En el modelo Canvas se puede tantear la viabilidad haciendo modificaciones, tanteando y observando de manera sencilla cómo el método da sus propias luces, sólo moviendo los bloques.
- **Toda organización.** Es un modelo aplicable a cualquier tamaño de empresa y cualquier actividad.
- **Lenguaje visual.** Permite crear y desarrollar modelos de negocio innovadores, puesto que reduce la complejidad, obteniendo a simple vista una idea general de lo que se quiere llevar a cabo y cómo se efectuaría.
- **Sinergia y trabajo en equipo.** La simplicidad del mecanismo, facilita la generación de ideas y aportes de un equipo de participantes que se reúna para desarrollarlo.

5.1. Lienzo del Modelo de Negocio (Canvas)

1. **Segmentos de clientes:** El enfoque principal se efectúa a los pacientes que residen en el sector sur-oriente de la Región Metropolitana, que pertenecen a los estratos socioeconómicos C2 y C3.

En exacto, los clientes se agrupan de acuerdo a su principal característica: “Plan de Salud”, pudiendo ser del sistema público o privado. Dentro del privado, se encuentran agrupados, quienes gozan de coberturas particulares de acuerdo a sus necesidades (Programa obesidad, cirugías monto fijo, cirugías de embellecimiento paquetizadas, etc.). Los planes públicos otorgan cobertura para fines generales, problemas de salud sólo de carácter vital (cirugías o procedimientos funcionales: hernias, vesícula, extracción cuerpos extraños, etc.) La distribución de atención ambulatoria alcanza el 50% sistema público y 50% sistema privado. Para el caso de pacientes hospitalizados el sistema privado alcanza el 66%, por tanto el 44% restante, corresponde a pacientes FONASA.

2. **Propuesta de valor:** “Resolución de un problema de salud mediante diagnóstico experto, con amplia gama de especialidades, confiable y con acceso a todas las coberturas de salud, a través de consultas médicas,

exámenes de especialidad, procedimientos ambulatorios y/o intervenciones quirúrgicas o un mix de éstas”.

3. **Canales:** El mecanismo de contacto es a través de call center, dando origen a la programación de agendamiento de horas. Por otro lado existe la interconsulta, que se genera a través de derivaciones, provenientes de médicos de otras instituciones o de acuerdo al plan de salud.

Información general puede ser obtenida a través de la página web, en donde se detallan la gama de servicios y productos disponibles, de acuerdo a especialidad, pudiendo también agendar citas a través de este mecanismo.

4. **Relación con el cliente:** Cada cliente que es atendido en la UEN, es provisto de un seguimiento en la evolución de su problema en salud, permitiendo al menos una relación de mediano plazo. La herramienta que se utiliza es la Toma de Horas a través de página web o con carácter de presencial. Es parte del quehacer de la UEN, recontactar a sus pacientes para hacerle presente los beneficios con que cuenta para resolver el problema que aqueja.

Cabe mencionar, que pacientes son dirigidos a CUCHQ, de acuerdo a licitaciones adjudicadas.

5. **Fuentes de ingresos:** Los ingresos se obtienen a través de los bonos, pudiendo ser éstos de carácter ambulatorio u hospitalizado. Para el caso de las atenciones ambulatorias (consultas médicas, procedimientos y exámenes) el ingreso es líquido, puesto que el sistema de salud del paciente, al día siguiente transfiere la cobertura del plan. Para el caso de los pacientes hospitalizados, habiéndose sancionado la cuenta (valorizada), en un plazo promedio de un mes las ISAPRES o FONASA, desembolsan la cobertura del afiliado. Preciso es señalar, que al momento de ejecutar la atención, el paciente paga un copago, que dependerá de la cobertura del plan de salud, pero que no es superior (en promedio) al 20% del valor total de la prestación.

6. **Recursos clave:** Los recursos que valoran los clientes provienen del equipo médico de especialistas, sujeto a la gran cantidad de profesionales de cada área y la capacidad instalada suficiente para otorgar lo que requiere el paciente para solucionar su problema en salud.

7. **Actividades clave:** Para que el modelo de negocios funcione, la principal característica de la UEN es la capacidad resolutive con que se cuenta, provisto de una gama de especialistas superior a la industria y con la posibilidad de atender a toda la población, mediante convenios con todas las instituciones.

En exacto, a través de equipamiento tecnológico de punta que permite efectuar exámenes de Laboratorio Clínico y Radiológicos con gran nivel de asertividad. Paralelamente, el registro de la Ficha Clínica Electrónica permite a los pacientes encontrar sus anemnesis, diagnósticos, protocolos operatorios y epicrisis de por vida, otorgándoles un archivo imborrable de sus evoluciones clínicas.

8. **Asociaciones claves:** Negociaciones con las instituciones que otorgan previsión de salud a los chilenos, a través de garantías explícitas y atenciones de chequeo y control.

Por pertenecer a la Red de Salud de la Universidad de Chile y contando con capacidad logística, existe la ventaja de realizar tratos directos con cualquier institución de salud pública (Servicios de Salud, Hospitales públicos, Seremi de Salud, JUNAEB, etc.) Todo acto contractual es debidamente suscrito a través del Portal Mercado Público, pudiendo convertirse en una ventaja y una desventaja a la vez, de acuerdo a los costes y tiempos de respuesta expuestos.

9. **Estructura de costos:** Los costos más trascendentes corresponden a la renovación de equipamiento clínico, puesto que existen equipos que no alcanzan a ser recuperados y deben ser compensados con equipos excesivamente rentables. Los honorarios médicos se pagan, puesto que

dependen directamente de la producción realizada. El menor costo corresponde a Marketing puesto se destinan muy pocos recursos.

La Tabla N°4 sintetiza el modelo de negocio, bajo el Método CANVAS.

Tabla N°4: Modelo de Negocio (CANVAS)

Business Model Canvas		Diseñado para:	Universidad De Chile, MCG2014
		Diseñado por:	Carol Manuel González Gatica
Relaciones Clave	Actividades Claves	Propuesta de Valor	Relaciones con los clientes
Abastecimiento mediante Mercado Público Proveedores exclusivos Ministerio de Salud Superintendencia de Salud FONASA ISAPRES	Exámenes a través de Equipamiento tecnológico de vanguardia Gama completa de prestaciones médicas Ficha Clínica Electrónica	Resolución de un problema de salud mediante diagnóstico experto, con amplia gama de especialidades, confiable y con acceso a todas las coberturas de salud, a través de consultas médicas, exámenes de especialidad, procedimientos ambulatorios y/o intervenciones quirúrgicas o un mix de éstas	Convenios de prestación de servicios médicos Licitaciones públicas Página web Red social Toma de horas
	Recursos Clave		Canales de Distribución
	Profesional especialista Equipos clínicos Experiencia Centro formador de especialistas Marca		Venta directa Página web Call center Programas médicos
Estructura de Costos		Flujos de Ingresos	
Remuneraciones Honorarios Médicos Equipos como dato Mantención equipamiento Marketing		Venta directa Venta web Cheques Isapres PAD FONASA Venta anticipada	
		Segmentos de mercado	
		Estratos socioeconómicos C2 y C3 zona sur-oriente de la RM Pacientes obesos Pacientes de tratamiento preventivo Pacientes GES-CAEC	

Fuente: Elaboración propia.

5.2. Relación Elementos Modelo de Negocio y Atributos Propuesta de Valor

Tabla N°5: Relación Elementos Modelo de Negocio y Atributos Prop. de Valor

	Diagnóstico experto	Amplia gama de especialidades	Acceso a todas las coberturas de salud
Relaciones Claves	Ministerio de Salud FONASA ISAPRES Superintendencia de Salud	ISAPRES FONASA	FONASA ISAPRES Mercado Público
Actividades Claves	Capacidad resolutive	Gama completa de prestaciones médicas	Poder de negociación
Recursos Claves	Experiencia Centro formador de especialistas Profesional especialista	Equipos clínicos	Profesional especialista Marca
Propuesta de Valor	Diagnóstico experto	Amplia gama de especialidades	Acceso a todas las coberturas de salud
Relaciones con Clientes	Seguimiento de tratamiento clínico Red social	Ficha clínica electrónica	Convenios de prestación de servicio médicos Licitaciones públicas
Canales	Venta directa Call center Programas médicos Página web	Venta directa Call center Programas médicos Página web	Venta directa Call center Programas médicos Página web
Segmento de Mercado	Pacientes ISAPRE Pacientes FONASA GES – CAEC Programa obesidad Tratamiento preventivo	Pacientes ISAPRE Pacientes FONASA GES – CAEC Programa obesidad Tratamiento preventivo	Pacientes ISAPRE Pacientes FONASA GES – CAEC Programa obesidad Tratamiento preventivo
Estructura de Costos	Equipamiento médico Remuneraciones Honorarios médicos Mantención equipamiento	Remuneraciones Honorarios médicos Equipos como dato	Marketing Honorarios médicos
Fuente de Ingresos	Venta directa Venta web Cheques ISAPRE PAD FONASA Venta anticipado	Venta directa Venta web Cheques ISAPRE PAD FONASA Venta anticipado	Venta directa Venta web Cheques ISAPRE PAD FONASA Venta anticipado

Fuente: Elaboración propia.

5.3. Análisis Rentabilidad o Captura de Valor del Modelo de Negocio

- **Poder de negociación:** CUCHQ, no sólo cuenta con exceso de demanda, sino que además es en el mercado una de las más cotizadas opciones para ser elegida como plan preferente de salud. Para el caso del sistema privado, los precios por prestación, son informados a las ISAPRES, teniendo éstas que aceptar las condiciones, constituyendo una transferencia de rentabilidad en beneficio de la clínica y en desmedro de las Isapres.

Comparativamente CUCHQ, se encuentra por debajo de su competencia directa, siendo que incluso ofrece mejores garantías que la competencia. Lo anterior brota una oportunidad, que traería consigo incrementar y renovar equipamiento médico, junto con la posibilidad de contratar más horas de médicos especialistas, puesto que podría ser posible una asignación mayor en sus honorarios.

Como antecedente mencionar que, la red de Salud de la Universidad Católica, subió en promedio un 20% el valor de sus prestaciones para 2015, permitiéndoles adquirir la más avanzada tecnología radiológica del país.

- **Fuentes de ingresos:** El éxito que arrastra CUCHQ, proviene del óptimo uso de sus recursos, más encarecidamente de las ventas de prestaciones ambulatorias, permitiendo el sostenible incremento en los ingresos líquidos.

Dentro de este marco, surgen nuevas necesidades:

- Tratamiento de enriquecimiento de factores de crecimiento en células, que permiten atacar problemas de dolores localizados, procedimientos de embellecimiento y hasta de recuperación del cabello.
 - Tratamientos de belleza realizados por profesionales: Masoterapias post operatorias, drenajes linfáticos, masajes funcionales, medicina física, etc.
 - Tratamiento para tabaquismo, alcohol y drogas.
 - Terapias individuales y colectivas asociadas a la familia.
 - Procedimientos endoscópicos altos y bajos, para prevención obesidad, tumores y cáncer.
-
- **Asociaciones claves:** El sistema de aprovisionamiento depende de los convenios que existen dentro de Mercado Público, facilitando negociar por precio, abaratando sustancialmente los costos de adquisición, sin embargo de la mano existen muchos retrasos en los despachos, produciendo ineficiencias en las atenciones programadas, que en ocasiones deben ser suspendidas.

Dentro de este marco, es necesario contar con convenios (en menores cantidades) que permitan adquirir insumos y medicamentos, con el fin último de evitar la suspensión de atenciones, puesto que el perjuicio es superior al delta adicional pagado a proveedor.

- **Recursos clave:** La Gerencia Comercial de la Red de Salud de la U. de Chile, mantiene un benchmarking desactualizado, junto con desconocer la disposición a pagar por parte de los pacientes.

La segmentación diseñada por CUCHQ, buscando diversificar las atenciones, si bien existe un rol social con el fin último de prestar soluciones a la comunidad que posee mayor riesgo de vulnerabilidad, la mayor cantidad de ingresos a percibir se encuentran en las atenciones de pacientes con mayor disposición a pagar, a través del incremento en cirugías de embellecimiento, obesidad y con carácter de preventivas (0 riesgo).

6. MAPA ESTRATÉGICO

El Mapa Estratégico proporciona una arquitectura para integrar las estrategias y operaciones de las diversas unidades dispersas en toda la organización (Kaplan y Norton, 2009). Es una herramienta de gestión utilizada para representar visualmente y comunicar la estrategia de la organización o de una unidad específica a todos los individuos que tienen que ejecutarla. Además muestra como la compañía busca lograr su Misión y Visión a través de objetivos concretos. Esta Representación gráfica se construye en función de lo que la organización piensa hoy con respecto al futuro, especialmente en situaciones caracterizadas por la incertidumbre.

Los Mapas Estratégicos poseen diversos formatos, pero por lo general están compuestos por los siguientes elementos; los objetivos estratégicos y sus relaciones causales, las perspectivas o dimensiones claves y los ejes estratégicos.

Los objetivos estratégicos son expresiones de los logros que la organización quiere alcanzar en un plazo determinado, es decir muestran lo que se quiere conseguir. Un problema habitual en la selección de los objetivos estratégicos es tener demasiados. Los mapas estratégicos pueden ayudar a englobar y priorizar objetivos. Los objetivos estratégicos se relacionan entre sí

mediante relaciones causales. Las relaciones causales o relaciones causa efecto son la explicación de las relaciones entre los objetivos estratégicos, son relaciones intuitivas basadas en el conocimiento de la organización y del sector, así como en la experiencia.

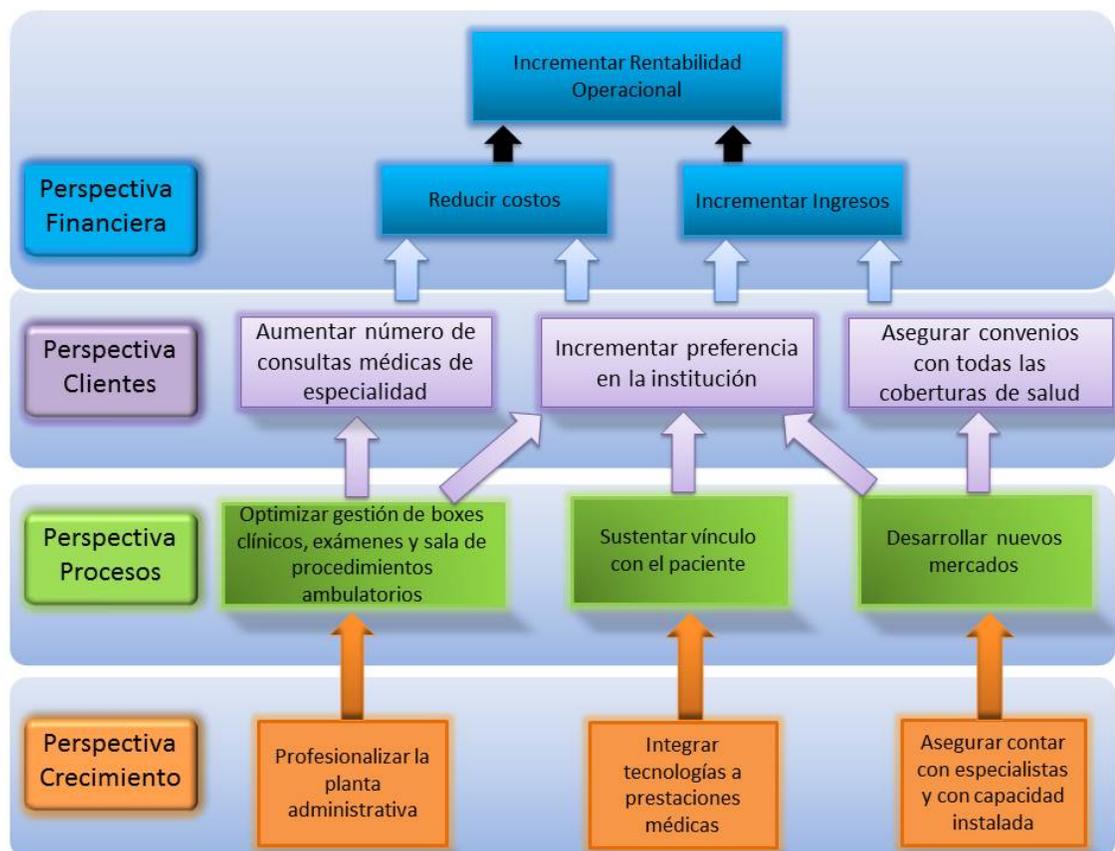
El Mapa Estratégico ayuda a valorar la importancia de cada objetivo estratégico, ya que los representa agrupados en perspectivas. Las perspectivas son aquellas dimensiones críticas para la organización (Kaplan y Norton, 2012). Las cuatro perspectivas comúnmente utilizadas son:

- Perspectiva Financiera: ¿Qué debemos hacer para satisfacer las expectativas de nuestros accionistas?
- Perspectiva Clientes: ¿Qué debemos hacer para satisfacer las necesidades de nuestros clientes?
- Perspectiva Procesos Internos: ¿En qué procesos debemos ser excelentes para satisfacer las necesidades de nuestros clientes?
- Perspectiva de Aprendizaje y Crecimiento: ¿Cuáles son los aspectos críticos para mantener la excelencia en los procesos?

La función principal del Mapa Estratégico es comunicar la estrategia a todas las personas que tienen que ejecutarla, que son los empleados de la compañía. El Mapa Estratégico cuenta la historia de la estrategia. Muestra cómo la empresa logra su visión a través de objetivos concretos.

La ilustración N°14 que se expone a continuación describe el dibujo del Mapa Estratégico Propuesto.

Ilustración N°14: Mapa Estratégico propuesto



Fuente: Elaboración Propia

6.1. Diccionario de Objetivos del Mapa Estratégico

Tabla N°6: Diccionario de Objetivos del Mapa Estratégico

Objetivo Causa	Objetivo Efecto	Descripción
Profesionalizar la planta administrativa	Optimizar gestión de prestaciones médicas.	Habiéndose revisado las cargas de trabajo del personal administrativo, la cantidad de tiempos muertos es portentosa. Por tanto, la necesidad pretende optimizar los puestos de trabajo, buscando ofertar un atención que incluya los estándares necesarios para un óptimo diagnóstico, el proceso debe ser preparado sistemáticamente
Optimizar gestión de boxes clínicos, exámenes y sala de procedimientos ambulatorios	Aumentar número de consultas médicas de especialidad.	El efecto ponderado entre la óptima oferta de los profesionales especialistas y los recursos físicos y tecnológicos disponibles permitirán a los pacientes una mayor probabilidad de encontrar opciones de atención.
Integrar tecnologías a prestaciones médicas.	Sustentar vínculo con el paciente.	El paciente requiere soluciones cada vez más rápidas y precisas, por tanto el trabajo consiste en incluir recursos tecnológicos que cumplan con las nuevas necesidades que complementen el diagnóstico.
Sustentar vínculo con el paciente.	Incrementar preferencia en la institución.	Cuando el paciente se sienta cercano a la institución, de acuerdo al vínculo inicial con el profesional especialista y los profesionales de apoyo, tendrá como fin último la satisfacción de un servicio recibido en conformidad. Dado que complementariamente percibe

		que la CUCHQ busca otorgar al paciente óptimas condiciones y se le entrega además, nuevas prestaciones médicas que complementan el diagnóstico.
Incrementar preferencia en la institución.	Reducir costos	La utilización adecuada de la capacidad instalada, de la mano con los recursos profesionales permite disminuir proporcionalmente los costos fijos. Adicionalmente si se logró cautivar al paciente, disminuye la probabilidad que no regrese.
Optimizar gestión de boxes clínicos, exámenes y sala de procedimientos ambulatorios	Incrementar preferencia en la institución.	Entendiendo la realidad de nuestro país en lo que refiere a la cantidad de médicos especialistas, la oferta debe ser capturada en su máximo esplendor por los pacientes, no es posible perder la oportunidad de entregar una solución en salud.
Asegurar convenios con todas las coberturas de Salud.	Desarrollar nuevos mercados.	La diversidad de especialistas requiere estar en condiciones de otorgar a sus pacientes nuevas prestaciones médicas, por lo que deben estar las condiciones para la preparación de codificaciones propias en la Red Clínica.
Aumentar número de consultas médicas de especialidad.	Reducir costos	La programación de agendas y atenciones permitirá reducir costos por concepto de encendido y apagado de equipamiento, o la utilización de recursos adicionales de apoyo con grandes tiempos muertos.

Desarrollar nuevos mercados.	Asegurar convenios con todas las coberturas de Salud.	Es trascendente que todos los profesionales y prestaciones médicas, sean reconocidos por ISAPRES y FONASA, permitiendo además el uso de seguros complementarios que tienen por fin último utilizar los beneficios de la elección en el sistema de salud por parte de los pacientes, permitiéndoles pagar sólo un copago para recibir la atención.
Desarrollar nuevos mercados.	Incrementar preferencia en la institución.	CUCHQ siendo pionera en tipología de atenciones no sólo capturaré un nuevo segmento de mercado, sino que además el paciente sentirá que continúan surgiendo nuevas soluciones en salud, transformándose en la primera opción si llegase a requerir el servicio, tanto éste o un cercano (recomendación boca a boca).
Incrementar preferencia en la institución.	Incrementar Ingresos.	Paulatinamente van creciendo el número de necesidades de los pacientes, por tanto deben crearse las condiciones para abarcar nuevos nichos en conformidad con la elección del especialista de la UEN.
Asegurar convenios con todas las coberturas de Salud.	Incrementar Ingresos.	Mantener o desarrollar convenios, paquetes quirúrgicos y/o mix de atenciones, permitirá incrementar la venta de bonos, dado que se comienzan a utilizar tiempos muertos o de menor uso.
Incrementar Ingresos.	Incrementar Rentabilidad Operacional.	Surge la necesidad de adoptar las medidas necesarias para hacer de una

		atención en salud, un modelo de gestión que sea sustentable en el tiempo.
Reducir costos	Incrementar Rentabilidad Operacional.	<p>Los costos fijos pueden controlarse si se conocen o programan las atenciones en salud, evitando gastar innecesariamente sin control de rendimiento, permitiendo maximizar la utilidades.</p> <p>Al incrementar la cantidad de atenciones, el consumo por paciente se hará menor, constituyendo un ahorro prorrateado.</p>

Fuente: Elaboración propia.

7. CUADRO DE MANDO INTEGRAL

La visión del controller, no es sólo un proveedor pasivo de información, sino alguien que tiene un rol activo en el trabajo estratégico, por lo que dentro de sus funciones está generar modelos que se acercan a una orientación más de negocios y estratégica, con métricas generalmente no financieras, para ello usa como herramienta el Cuadro de Mando Integral, en adelante CMI, ya que toma como punto de partida la estrategia de la organización, la que se refleja en indicadores claves, financieros y no financieros, ayuda a la toma de decisiones, a la coordinación y el automonitoreo, asimismo es la herramienta de medición de la estrategia que le da valor a la organización (Niven, 2002)

Por otro lado, el control de gestión no actúa sólo sobre la estrategia sino debe ser garante de alinear a toda la organización al cumplimiento de la estrategia, debe ser capaz de operacionalizar la estrategia dándole ejecución y medición, por medio del CMI ya que una vez establecida la estrategia, se debe desarrollar el CMI, donde se derivan los objetivos estratégicos, se construyen relaciones causas y efectos, se seleccionan indicadores, se fijan las metas, y se determinan iniciativas, para luego gestionar la implementación de esta herramienta, introducir este a toda la empresa, bajarlo hacia todas las unidades de negocio por medio de uso de cascada, integrar a todos los departamentos y empleados, asegurar calidad y documentar resultados y por ultimo garantizar la

aplicación continua, luego de toda la implementación se deben establecer reuniones de la revisión de la estrategia con los miembros del equipo de líderes para supervisar y ver el progreso de la estrategia en cada unidad, donde se discuten temas, se resuelven problemas y se proponen planes de acción.

La Tabla N°7 presenta el Cuadro de Mando Integral de CUCHQ para la Perspectiva Financiera exponiendo indicadores, metas y la frecuencia con que se mide cada objetivo del Mapa Estratégico.

Tabla N°7: Presentación del CMI. Perspectiva Financiera.

Perspectiva Financiera				
OBJETIVO	INDICADOR	META	MÉTRICA ACTUAL	FRECUENCIA
Reducir costos	(Costo Horas de Box No Utilizadas MES / Costo Total Operatividad Box MES) x 100	8%	19%	MENSUAL
	(Costo Horas Pabellón No utilizadas MES / Costo Total Pabellón MES) x 100	20%	12%	MENSUAL
	(Costo Pabellón Menor No Utilizado MES / Costo Total Pabellón Menor MES) x 100	15%	38%	MENSUAL
Incrementar Rentabilidad Operacional	(Ingresos Operacionales - Gastos Operacionales) / Gastos Operacionales	20%	8%	MENSUAL

	x 100			
Incrementar ingresos	Total cuentas sancionadas (valorizadas) / Total cuentas liquidadas (pagadas)	95%	90%	BIMENSUAL

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla N°8 presenta el Cuadro de Mando Integral de CUCHQ para la Perspectiva Clientes exponiendo indicadores, metas y la frecuencia con que se mide cada objetivo del Mapa Estratégico.

Tabla N°8: Presentación del CMI. Perspectiva Clientes.

PERSPECTIVA CLIENTES					
OBJETIVO	INDICADOR	META	MÉTRICA ACTUAL	FRECUENCIA	INICIATIVAS
Aumentar número de consultas médicas de especialidad	Promedio (Sobrecupos Utilizados por especialidad) x 100 / (Sobrecupos Agendados por especialidad)	100%	60%	MENSUAL	<ul style="list-style-type: none"> - Creación de metas por equipos de médicos especialistas. - Creación de programas de prevención de enfermedades y/o patologías.
	Promedio (pacientes atendidos) x 100 / (pacientes con confirmación telefónica)	95%	82%	MENSUAL	
Incrementar preferencia en la institución	Promedio (Número de exámenes con Órdenes Médicas internas) x 100 / (Número de Órdenes Médicas	90%	No medido	TRIMESTRAL	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar Sistema de información de alerta temprana que contacte a paciente para próximos chequeos.

	indicadas por CUCHQ)				- Creación de aplicación móvil con información al instante.
	Encuesta de satisfacción Atención Ambulatoria y Hospitalizados	Promedio 6 (escala 1 a 7)	Muestra insuficiente	DIARIO	
Asegurar convenios con todas las coberturas de salud	Número de convenios caducados (no renovados)	0	2	MENSUAL	- Ofertar paquetes de atención ambulatoria, quirúrgica y de exámenes.

Fuente: Elaboración propia.

Los sobrecupos corresponden a excepciones que se añaden a las agendas de los profesionales especialistas, no obstante éstos deben no entorpecer el normal funcionamiento de las atenciones programadas.

Adicionalmente cada excepción debe otorgar una condición de certeza que asegura su asistencia a la cita médica programada. Ésta debe quedar pagada bajo la modalidad de pago anticipado de prestaciones médicas, a través de una autorización de condiciones (impuestas por CUCHQ) por parte del paciente.

La Tabla N°9 presenta el Cuadro de Mando Integral de CUCHQ para la Perspectiva Procesos Internos exponiendo indicadores, metas y la frecuencia con que se mide cada objetivo del Mapa Estratégico.

Tabla N°9: Presentación del CMI. Perspectiva Procesos Internos.

PERSPECTIVA PROCESOS INTERNOS					
OBJETIVO	INDICADOR	META	MÉTRICA ACTUAL	PERÍODO	INICIATIVAS
Optimizar gestión de prestaciones médicas	(Cantidad de pacientes confirmados - Cantidad pacientes atendidos) x 100 / (Cantidad total de pacientes agendados)	8%	17%	MENSUAL	- Creación de aplicación móvil con información al instante.
	(Oferta de atenciones reales + Nuevas Agendas Médicas) x 100 / (Cantidad de atenciones posibles)	85%	60%	SEMANAL	
	(Cantidad de cirugías realizadas + Cirugías adelantadas) x 100 / (Cantidad de cirugías programadas en tabla operatoria)	100%	85%	SEMANAL	
Sustentar vínculo con el paciente	Promedio pacientes (Hora de atención médica – Hora de pago bono)	12 min	20 min	MENSUAL	- Programas de control de calidad sistemáticos a nuevos sistemas o ERP.
	Promedio (Hora acceso a Ficha Clínica Electrónica – Hora ingreso a box clínico)	7 segundos	30 segundos	SEMANAL	

	(Minutos operativo sistema de resultados exámenes online) x 100 / (Minutos total semana)	99%	74%	SEMANAL	
Desarrollar nuevos mercados	Número de nuevos procedimientos ambulatorios informados a Isapres	2	1	TRIMESTRAL	-Benchmarking externo a competidores directos.
	Número de coberturas nuevas	3 prest.	2	ANUAL	
	Número de nuevos paquetes quirúrgicos	5 Anual	3	ANUAL	

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla N°10 presenta el Cuadro de Mando Integral de CUCHQ para la Perspectiva Aprendizaje y Crecimiento exponiendo indicadores, metas y la frecuencia con que se mide cada objetivo del Mapa Estratégico.

Tabla N°10: Presentación del CMI. Perspectiva Aprendizaje y Crecimiento.

	APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO				
OBJETIVO	INDICADOR	META	MÉTRICA ACTUAL	FRECUENCIA	INICIATIVAS
Asegurar la cantidad de médicos especialistas	(Cantidad de médicos con beca de especialidad) x 100 / (Cantidad total médicos especialistas)	20%	8%	ANUAL	- Desarrollo continuo de carrera profesional. - Definición y actualización continua de política de becas.
	Sumatoria (Años de ejercicio en CUCHQ) / (Cantidad de Médicos especialistas)	5 años	2,6	ANUAL	- Creación de política de incentivos que hagan ventajoso a los médicos mantenerse en la organización.
Integrar tecnologías de prestaciones médicas	(Vida útil de cada ERP + Mejoras) / (Tiempo en CUCHQ)	>1	0,2	SEMESTRAL	-Proyecto vigilancia estratégica que permita estar a la vanguardia en soluciones tecnológicas.
	Cantidad de Errores generados por usuarios (funcionarios) FCE	0	15	MENSUAL	- Preparación de ferias tecnológicas de salud
	(Cantidad de Adquisiciones de nuevas propuestas de renovación) x 100 / (Total propuestas de renovación SI)	30%	5%	ANUAL	- Crear agenda de reuniones para hacer levantamiento de nuevas necesidades de sistemas.
Profesionalizar la planta administrativa	(Número de funcionarios con título de educación superior) / Total planta administrativa (sin considerar médicos y profesionales de la salud)	80%	16%	ANUAL	- Crear política de capacitación.
	Número de capacitaciones con quorum	6	1	ANUAL	

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla N°11 describe las iniciativas estratégicas que se incorporaron en el Cuadro de Mando Integral.

Tabla N°11: Descripción iniciativas estratégicas incorporadas en el CMI.

Iniciativa	Descripción
Creación de metas por equipos de médicos especialistas.	Incremento en vinculación médica, asociada a los tramos de producción obtenidos.
Creación de programas de prevención de enfermedades y/o patologías.	Desarrollo de agendas médicas asociadas a una patología o enfermedad dentro de una subespecialidad médica. Ej.: problema de rodilla en la subespecialidad de Traumatología, permitiendo al paciente encontrar el médico especialista en el problema y no teniendo que subderivarse, constituyendo tanto para el paciente como para la CUCHQ una pérdida de eficiencia en la resolución del problema, dado que generalmente conduce a una cirugía o procedimiento ambulatorio.
Ofertar paquetes de atención ambulatoria, quirúrgica y de exámenes.	Los pacientes buscan dentro de su previsión de acuerdo al plan de salud convenido previamente, la elección de la clínica que le será más conveniente en lo que refiere al copago asociado. Por tanto las ISAPRES o FONASA, derivarán directamente a CUCHQ.
Crear política de capacitación.	El objetivo es que el personal administrativo cuente con las herramientas necesarias para que su desempeño

	pueda superar lo realizado previamente. En función de lo anterior, cada funcionario deberá efectuar una capacitación en “Manejo de conflictos”, “Tolerancia a situaciones de presión” y “Conducción de Estrés laboral”.
Preparación de ferias tecnológicas de la salud.	Creación revista Clínica U. de Chile, que cuente con: <ul style="list-style-type: none"> - Artículos de actualidad - Casos Clínicos - Guías Clínicas - Nuevas tendencias
Definición y actualización continua de política de becas.	Creación de un Depto. de Investigación y Desarrollo dentro de CUCHQ, que la permita poner a la vanguardia en procedimientos médicos.
Creación de política de incentivos que hagan ventajoso a los médicos mantenerse en la organización.	<ul style="list-style-type: none"> - Adquisición de equipos médicos solicitados por Coordinador de especialidad. - Tramos de producción para incremento en vinculación médica.
Creación de aplicación móvil con información al instante.	Aplicación para teléfonos inteligentes promoviendo horas disponibles, creación de nuevas agendas médicas y exámenes.
Utilizar Sistema de información de alerta temprana.	Sistema de FCE enviará fecha tentativa a través de mensaje de texto y correo para control sugerido
Ofertar paquetes de atención ambulatoria,	Utilización de tiempos muertos a través de ventas prepago a ISAPRES.

quirúrgica y de exámenes.	
Benchmarking externo a competidores directos.	Revisión bimensual de precios y nuevas prestaciones.
Desarrollo continuo de carrera profesional.	Diez cursos internacionales por año.
- Proyecto vigilancia estratégica que permita estar a la vanguardia en soluciones tecnológicas.	Creación de ERP que incluya I&D
- Crear agenda de reuniones para hacer levantamiento de nuevas necesidades de sistemas.	Definición y coordinación de agenda para mejora continua.

Fuente: Elaboración propia

8. TABLEROS DE CONTROL

Debe existir una alineación de la organización con la estrategia por lo que todos los empleados deben entender la estrategia de la organización con las estrategias de sus unidades. Para asegurarnos que eso ocurra debemos usar el despliegue o cascada de CMI, asimismo para alinear las unidades de soporte a la estrategia corporativa y de las unidades de negocio ocuparemos la cascada y los SLA, y por ultimo debemos motivar a los empleados para que nos ayuden a ejecutar la estrategia para ello existe el CMI, cascada, comunicación, capacitación e incentivos.

El CMI y su proceso de cascada parece ser un modelo adecuado para operacionalizar la estrategia. En la ilustración N°15 se hace referencia al proceso cascada del Cuadro de Mando Integral, correspondiente a la delegación de las unidades críticas.

Ilustración N°15: Proceso cascada CMI



Fuente: Elaboración propia

El CMI de nivel máximo identifica los indicadores de éxito, es imperativo que todas las personas de la empresa comprendan el significado estratégico de estos indicadores antes de empezar a crear sus propios CMI, para ello la empresa debe embarcarse en un programa significativo de comunicación y formación como es el caso de obtener feedback de los empleados, tener la cultura de una organización con puertas abiertas, intranet y convocar reuniones o asambleas.

Todos los empleados deberían tener la posibilidad de producir un efecto sobre los resultados de la empresa, preguntándose: ¿Qué podemos hacer en nuestro nivel para ayudar a la empresa a alcanzar sus metas?

El procesos de cascada no es repartir el CMI corporativo en partes más pequeñas y repartirlos a todas las unidades de la empresa, sino, cada grupo debe concentrarse los objetivos e indicadores en los que puede ejercer influencia.

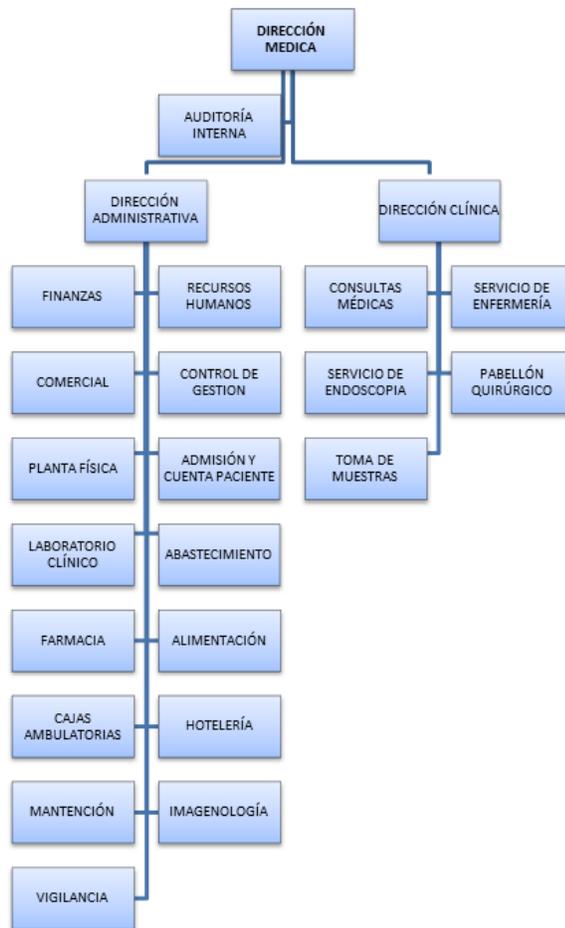
Para los niveles inferiores el CMI, debe basarse en aquellos que los grupos usan de referencia, es decir, basarse en el CMI de la unidad que les comprende, además de tener diferente indicadores de resultados, los CMI de niveles inferiores también tendrán un número mayor.

Por último debe existir una revisión y una evaluación de los CMI que se crean, ya que pueden existir problemas con metas no realistas, objetivos que faltan o falta de coherencia entre el CMI departamentales.

8.1 Organigrama de la CUCHQ

La ilustración N°16 que se expone a continuación, grafica el organigrama de Clínica U. de Chile Quilín, en donde se detallan las áreas de dependencia.

Ilustración N°16. Organigrama CUCHQ.



Fuente: Elaboración propia.

La ilustración se basa en una estructura funcional. Jerárquicamente se compone por el Director Médico en la cúspide, seguido por Jefe de Administración, Finanzas y Operaciones, y Jefe de Enfermería, quienes son responsables de las unidades administrativas y clínicas, respectivamente.

Los funcionarios de acuerdo a las divisiones funcionales de la clínica realizan un conjunto específico de tareas, en efecto, a modo de ejemplo, la unidad comercial está integrada por personal exclusivo para tales efectos. El propósito es conducir a la eficiencia operativa dentro de cada unidad. No obstante, la interrelación entre equipos de trabajo es determinante, dado que la carencia de comunicación podría acarrear lentitud e inflexibilidad.

Cabe señalar que los procesos se encuentran claramente definidos, descritos dentro desde los manuales de procedimiento, hasta las incidencias constituyentes como prevención de caídas y accidentes. Si bien el servicio no es homogéneo en su resultado, si lo es en su ejecución, pudiendo encontrar diferencias de acuerdo al diagnóstico arrojado en la anamnesis. Importante es precisar que un paciente ingresará a la clínica en busca de un diagnóstico inicial, el cual es entregado en la consulta médica, para luego (si requiere), dar ejecución a exámenes de laboratorio o de radiología, pudiendo finalmente ser intervenido en un pabellón quirúrgico o menor.

En función de lo anterior, la estructura funcional es la más adecuada, de acuerdo al desarrollo de servicios estandarizados en volumen y por otro lado la regulación del estatuto administrativo. Cada jefe, supervisor o responsable de unidad, sólo debe responder a su superior por los asuntos de su competencia, esto no significa que ejecute solo tareas de su unidad, sino que los especializa más aún e integra a los empleados jerárquicamente inferiores a reportar a más de un jefe/supervisor/encargado ampliando y concibiendo la generación de conocimiento.

El resultado final de lo descrito, debería permitir la comunicación directa, ágil y con menos intervalos entre unidades, no obstante no se puede dejar de lado las limitaciones que exige Contraloría, no olvidando que es una institución autónoma y autofinanciable, pero pública.

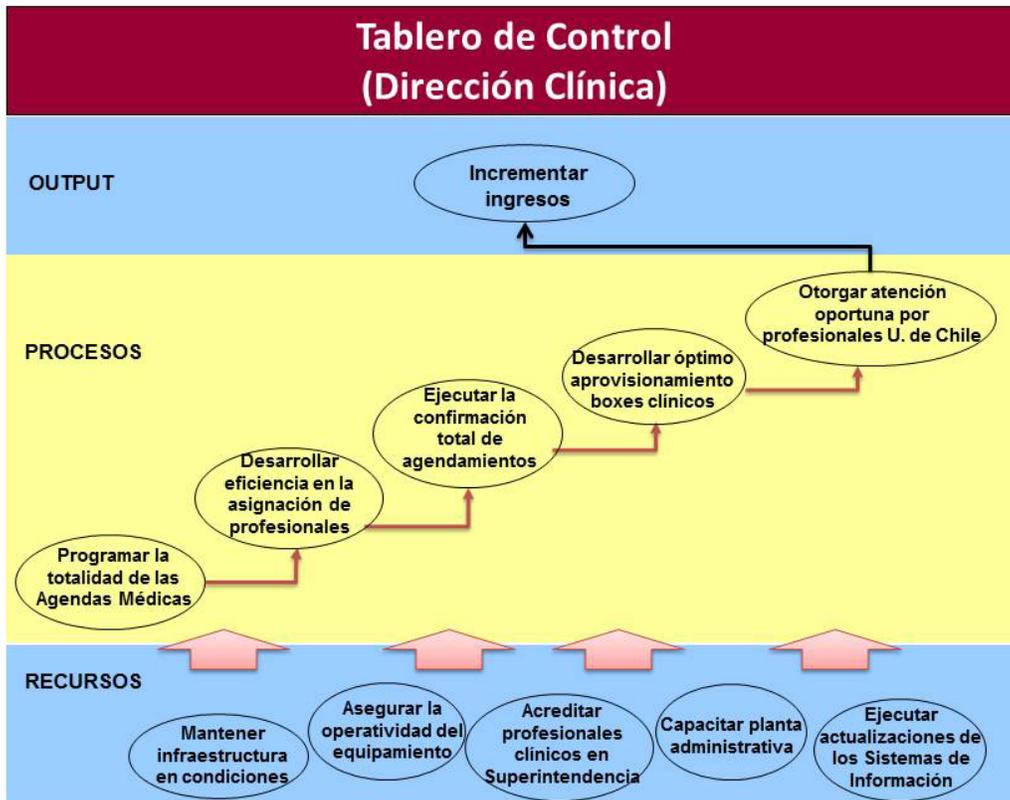
Para dar coherencia a lo anteriormente descrito, el despliegue de los Tableros de Control deberá ser a los responsables de la operatividad de CUCHQ, vale decir Dirección Clínica y Dirección Administrativa.

8.2 Tableros de control propuestos

Para obtener el tablero de control se deberá relacionar la propuesta de valor con la gestión de área más importante en el cumplimiento de los objetivos estratégicos para lograr la propuesta de valor.

A continuación, en la Ilustración N°17 se representa el CMI de la Dirección Clínica de la CUCHQ. El tablero de Control de la Dirección Clínica responde a todas las actividades que debe realizar Enfermera Jefe CUCHQ y su equipo de enfermería para dar cumplimiento al atributo de Incrementar ingresos

Ilustración N°17: Tablero de Control Dirección Clínica.



Fuente: Elaboración propia

Para que pueda ser proporcionada una atención oportuna a los pacientes, será clave el cumplimiento de los procesos consecutivos de programación de agendas, utilización de tiempos muertos, confirmación de todas las actividades médicas programadas y que todos los espacios dispuestos cuenten con material quirúrgico y de diagnóstico para ser utilizados.

La Tabla N°12 que a continuación se expone detalla los objetivos, asociados al indicador, meta, frecuencia e iniciativa (si procede) del CMI de Dirección Clínica de la CUCHQ.

Tabla N°12: Tablero de Control Dirección Clínica

	OBJETIVO	INDICADOR	META	FRECUENCIA	INICIATIVA
OUTPUT	Incrementar ingresos	Rentabilidad mes – Rentabilidad mes año anterior.	10%	Mensual	Incentivo monetario por crecimiento utilidades.
PROCESOS	Otorgar atención oportuna por profesionales U. de Chile	Sumatoria pacientes (Hora atención – Hora agendamiento)	15	Semanal	Plan de optimización de tiempos muertos
	Desarrollar óptimo aprovisionamiento boxes clínicos	Número de quiebres de stock (insumos o medicamentos)	3	Semanal	Creación de canasta de insumos y medicamentos promedio por cada 10 atenciones
	Ejecutar la confirmación total de agendamientos	Cantidad de confirmaciones / Cantidad de agendamientos	100%	Diaria	Programa de fidelización de pacientes
	Desarrollar eficiencia en la asignación de profesionales	Número de profesionales sin agenda ofertada	0	Quincenal	Incentivo de porcentaje adicional en vinculación médica
	Programar la totalidad de las Agendas Médicas	Número de prestaciones sin ofertar	0	Quincenal	Programa de fidelización de pacientes

RECURSOS	Ejecutar actualizaciones de Sistemas de información.	Número de caídas de sistema	3	Mensual	Plan de optimización de tiempos muertos
	Asegurar la operatividad del Equipamiento	Cantidad de profesionales con equipamiento operativo	100%	Diaria	Plan de distribución de equipos
	Acreditar Profesionales clínicos en Super-Intendencia	Número de profesionales debidamente acreditados / Total planta profesional clínica.	100%	Mensual	
	Capacitar Planta administrativa	Número de funcionarios capacitados / Total dotación administrativa	80%	Semestral	Programa de perfeccionamiento
	Mantener Infraestructura en condiciones	Números de espacios o instalaciones deficitarias	0	Anual	Programa "Clínica como en casa"

Fuente: Elaboración propia

A continuación, en la Ilustración N°17 se representa el CMI de la Dirección Administrativa de la CUCHQ. El tablero de Control de la Dirección Administrativa responde a todas las actividades que debe realizar el Jefe de Administración, Finanzas y Operaciones y su equipo administrativo para dar cumplimiento al atributo de reducir costos.

Ilustración N°18: Tablero de Control Dirección Administrativa.



Fuente: Elaboración propia

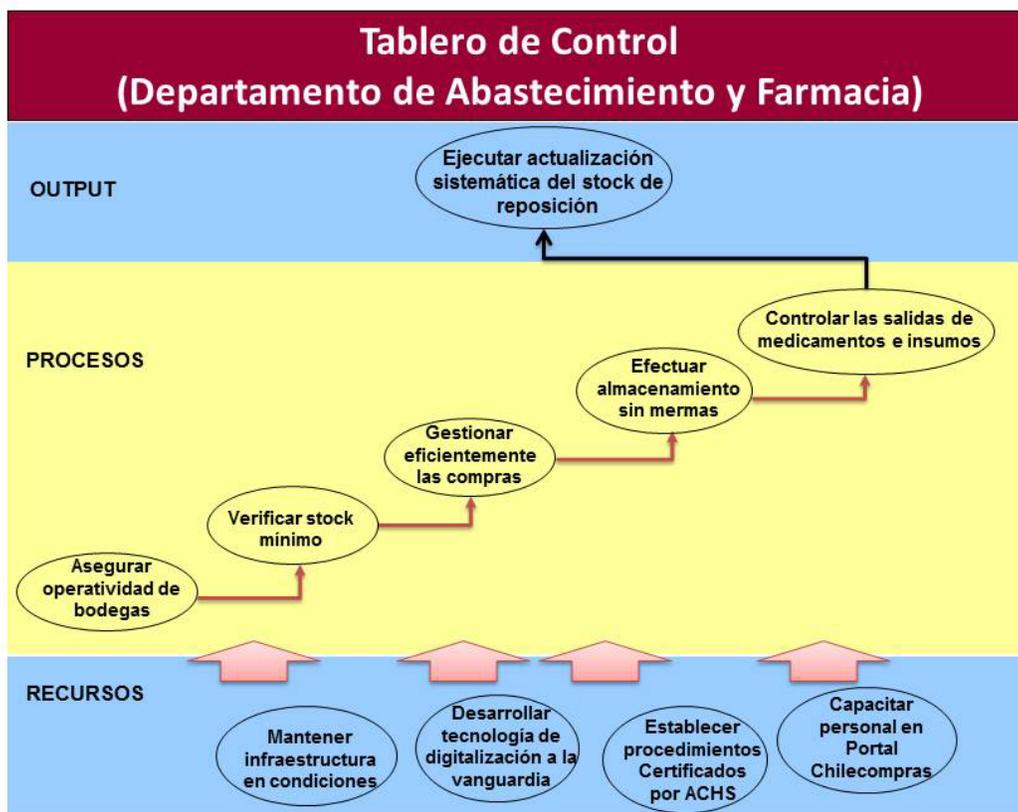
La Tabla N°13 que a continuación se expone detalla los objetivos, asociados al indicador, meta, frecuencia e iniciativa (si procede) del CMI de la Dirección Administrativa de la CUCHQ.

Tabla N°13: Tablero de Control Dirección Administrativa.

	OBJETIVO	INDICADOR	META	FRECUENCIA	INICIATIVA
OUTPUT	Reducir costos	$\frac{(\text{CF}+\text{CV año}) - (\text{CF}+\text{CV año anterior}) \times 100}{(\text{CF}+\text{CV año anterior})}$	Costo total equivalente a crecimiento por producción	Año	
PROCESOS	Desarrollar gestión de Capital Humano	Medición de la evaluación del desempeño (Nota de 1 a 7)	6,5	Trimestral	Plan de actividades de desarrollo emocional
	Ejecutar control de insumos y medicamentos	$\frac{(\text{Cantidad insumos y medicamentos vencidos o deteriorados mes}) \times 100}{(\text{Cantidad total adquisición insumos y medicamentos mes})}$	2%	Mensual	Programa de bodegaje. Plan de stock de inventarios
	Ejecutar control de insumos básicos (luz, agua, gas, calefacción)	$\frac{(\text{Costos fijos mes} - \text{Costos fijos mes año anterior}) \times 100}{(\text{Costos fijos año anterior})}$	0%	Trimestral	Programa eficiencia en costos
RECURSOS	Disponer de equipamiento tecnológico	Número de instalaciones sin equipamiento	0	Semestral	Programa "Clínica a la vanguardia"
	Contar con los estándares de utilización	Números de estándares no definidos	0	Mensual	
	Contar con capacitaciones disponibles	Número de programas con perfil de los cargos estratégicos	3	Semestral	

A continuación, en la Ilustración N°18 se representa el CMI del Departamento de Abastecimiento y Farmacia de la CUCHQ.

Ilustración N°19: Tablero de Control Depto. de Abastecimiento y Farmacia.



Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°14 que a continuación se expone detalla los objetivos, asociados al indicador, meta, frecuencia e iniciativa (si procede) del CMI del Departamento de Abastecimiento y Farmacia de la CUCHQ.

Tabla N°14: Tablero de Control Depto. de Abastecimiento y Farmacia.

	OBJETIVO	INDICADOR	META	FRECUENCIA	INICIATIVA
OUTPUT	Ejecutar actualización sistemática del Stock de reposición	Número de quiebres de stock	0	Mensual	Programa eficiencia en costos
PROCESOS	Controlar las salidas de medicamentos e insumos	Número de salidas de bodega sin receta	0	Mensual	
	Efectuar almacenamiento sin mermas	(Cantidad insumos y medicamentos OC) – (Cantidad medicamentos registrados en Sist. Logístico)	0	Mensual	
	Gestionar eficientemente las compras	Sumatoria (Precio insumos y medicamentos – Costo insumos y medicamentos) x 100 / (Costo insumos y medicamentos)	25%	Semestral	
	Verificar stock mínimo	Número de medicamentos faltantes en bodega	0	Mensual	
	Asegurar bodegas operativas	Número de bodegas no mantenidas	0	Mensual	
RECURSOS	Mantener Infraestructura en condiciones	Número de mantenciones pendientes	0	Semestral	Programa "Clínica como en casa"
	Desarrollar tecnología de digitalización a la vanguardia	Números de insumos o medicamentos sin digitalización	0	Semanal	
	Establecer procedimientos Certificados por	Número de procedimientos de bodegaje no	0	Anual	

	ACHS	certificados por ACHS			
	Capacitar personal en Portal Chilecompras	Número de funcionarios no capacitados del Departamento	0	Anuales	

Fuente: Elaboración propia

En anexos N°1 y N°2 se encuentran las breves descripciones de las principales iniciativas incorporadas en los tableros de gestión.

9. ESQUEMA DE INCENTIVOS

9.1. Importancia de la motivación como predictor del comportamiento de los individuos.

La motivación dentro del desempeño y el comportamiento de los empleados juega un papel muy importante ya que un empleado motivado está más comprometido con su trabajo y en el logro de los objetivos por lo que existen diferentes formas o acciones que nos ayudan a lograr este potencial sobre los individuos, entre ellos están:

- Fijación de metas, metas que sean desafiantes y a su vez realistas, estas implican retroalimentación y llevan a un mejor desempeño, estas deben

ser fijadas de manera participativa, deben ser tangibles verificables y medibles.

- Programas de participación de los empleados, los procesos participativos que aprovecha toda la capacidad de los empleados y está destinado a fomentar el compromiso con el éxito de la organización. Ejemplos: participación en la toma de decisiones, participación presupuestaria, círculos de calidad, planes de propiedad de acciones.
- Uso de incentivos que unan premios con resultado, el diseño de incentivos basados en indicadores de gestión, la implementación de planes de incentivos atraen y retienen a empleados más productivos, además estos planes motivan a los empleados que se quedan en la organización a mejorar continuamente la productividad de la empresa. Se le da mucha importancia a los indicadores financieros.
- Asegurar que los procedimientos, decisiones y el trato sea percibido como justo. Los individuos comparan su aporte al trabajo y sus resultados con los demás y reaccionan para eliminar desigualdades, por lo que debe existir y practicarse siempre la teoría de la equidad, para no desmotivar a los empleados.

- Reconocer las diferencias individuales, el modelo de las características del trabajo, identificar del trabajo y su relación con resultados a nivel personal y laboral. Ejemplos de características de trabajo: variedad de habilidades, identificación con la tarea, importancia de la tarea, autonomía, feedback.

9.2. Importancia de los esquemas de incentivos para alinear el comportamiento de las unidades en torno al cumplimiento de la propuesta de valor.

Para que el esquema de incentivos sea eficaz, debe estar alineado con la misión y estrategia de CUCHQ, debiendo ser coherente con la cultura y valores organizacionales que la sustentan. En este sentido, por ejemplo, las decisiones de compensaciones en una organización estable y consolidada serían diferentes a las de una que está en pleno proceso de crecimiento o expansión.

Los principales objetivos de los esquemas de incentivos:

- **Atracción de personal calificado:** Constituirse como una poderosa herramienta de oferta para el mercado laboral, especialmente para captar la atención de talentos.
- **Retención de talentos y personal clave:** Mantener a los colaboradores satisfechos, motivados y comprometidos con la organización. Los incentivos cumplen el rol de lograr una alineación de intereses entre la empresa y las personas.
- **Generar equidad interna y externa:** La equidad interna se refiere a que exista coherencia en la renta definida para los diferentes cargos dentro de una misma organización. La equidad externa se relaciona con la posición relativa del esquema de incentivos de una empresa en relación a su mercado relevante; por ejemplo, su competencia directa.
- **Incentivar un desempeño superior:** Las compensaciones deben ser una herramienta que procure la obtención de un desempeño ajustado a las expectativas de los diversos actores interesados frente a las necesidades actuales y futuras de la empresa. Los incentivos

variables juegan un papel fundamental para el cumplimiento de este objetivo.

Un sistema integrado de compensaciones considera los conceptos de remuneración fija, incentivos y beneficios. El diseño de sistemas de compensaciones flexibles y establecidas sobre el foco del mérito o contribución al valor, constituyen hoy por hoy, la tendencia en la definición de una estrategia de compensaciones (Robbins y Judge, 2009). Las nuevas generaciones de profesionales ya no esperan solamente el pago de un sueldo a fin de mes, sino que además les interesa ser reconocidos por sus logros, los que deben estar ligados con la satisfacción de sus expectativas personales y profesionales. A la vez, esperan opciones de aprendizaje y crecimiento, equilibrio entre el mundo laboral y familiar, y un ambiente estimulante para trabajar y desarrollarse.

Es importante dejar en evidencia que los incentivos deben asociarse a la capacidad de las personas para crear valor presente o futuro y que esta capacidad variará entre las diferentes personas y equipos. Para ejemplificar, la práctica de entregar un bono en forma independiente de los resultados de una persona, equipo o empresa, dejará de ser un “incentivo”, pasando a ser una

especie de beneficio que las personas esperarán en forma independiente de su contribución. Tal práctica podría generar profundas inequidades entre personas que aportaron niveles muy diferentes de esfuerzo y resultados, traducándose en una señal de tipo regresiva.

9.3. Descripción y análisis crítico de la situación actual en la CUCHQ respecto de los esquemas de incentivos para los directivos de las distintas unidades.

Actualmente los esquemas de incentivos son casi nulos, puesto que se evidencia la pérdida del objetivo principal impuesto en su confección. En exacto:

1. **Incentivo pabellón:** Este incentivo promueve el desarrollo de un mínimo de intervenciones quirúrgicas (IQ) mensuales en pabellón mayor, sin embargo no incita a desarrollar un número mayor de cirugías, vale decir, el requisito es realizar 90 cirugías, no importando si se logran 90 o 150 que es la meta impuesta (sin incentivo detrás). Este incentivo sólo lo recibe el personal de Pabellón, Hospitalizados y Farmacia Pabellones.

2. **Capacitación permanente:** Este incentivo promueve el desarrollo de conocimientos específicos, que luego irán en pro a las contribuciones individuales de cada colaborador. Sin embargo, no es efectivo, puesto que de un total de 100 cursos promedio que se ofertan al año, existe participación en apenas 5 cursos, y sólo participando 15 funcionarios.

9.4 Esquemas de Incentivos propuesto.

La estrategia a continuación posee dos ejes centrales. La primera es hacer interesante la participación de los profesionales especialistas dentro de CUCHQ, a través de incentivos monetarios, siempre en función del esfuerzo expresado en la producción mensual de atenciones, fidelidad con los horarios y cumplimiento de los compromisos adquiridos.

Por otro lado, se bonificará al personal administrativo y clínico, que se encargue de crearle las condiciones a los profesionales especialistas, a medida que la capacidad instalada no presente problemas, que el paciente continúe cautivo y que la percepción sea cada vez más satisfactoria, las bonificaciones serán mayores.

Adicionalmente se reconocerá a los profesionales especialistas y personal administrativo que demuestren mayor cumplimiento, mencionado reconocimiento será a través de viajes, cenas y descansos complementarios.

Finalmente resaltar la posibilidad de perfeccionarse con estudios de postgrado y cursos de capacitación, considerando la posibilidad de ir presentando nuevas ideas y metodologías de trabajo.

La Tabla N°15 detalla el esquema de incentivos para el Departamento de Enfermería de CUCHQ, detallando el objetivo estratégico, asociado al indicador, meta, porcentaje mínimo de cumplimiento, porcentaje de incidencia e incentivo respectivo.

Tabla N°15: Esquema de incentivos Dirección Clínica

	OBJETIVO	INDICADOR	META	PORCENTAJE MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE INCIDENCIA	INCENTIVOS
OUTPUT	Incrementar ingresos	Rentabilidad mes – Rentabilidad mes año anterior	8	Semestral	100%	Bono por cumplimiento al 100%
PROCESOS	Otorgar atención oportuna por profesionales U. de Chile	Sumatoria pacientes (Hora atención – Hora agendamiento)	15 minutos	Semanal	70%	Bono por cumplimiento al 30%
	Desarrollar óptimo aprovisionamiento boxes clínicos	Número de quiebres de stock (insumos o medicamentos)	0	Semanal	80%	Bono por cumplimiento al 20%

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°16 detalla el esquema de incentivos para el Departamento de Abastecimiento y Farmacia de CUCHQ, detallando el objetivo estratégico, asociado al indicador, meta, porcentaje mínimo de cumplimiento, porcentaje de incidencia e incentivo respectivo.

Tabla N°16. Esquema de incentivos Depto. de Abastecimiento y Farmacia

	OBJETIVO	INDICADOR	META	PORCENTAJE MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE INCIDENCIA	INCENTIVOS
OUTPUT	Stock de reposición actualizado	Número de quiebres de stock	0	Mensual	80%	Bono transversal trimestral
PROCESOS	Almacenamiento sin mermas	(Cantidad insumos y medicamentos OC) – (Cantidad medicamentos registrados en Sist. Logístico)	0	Mensual	80%	Bonificación por cumplimiento metas
	Eficiencia en compras	Sumatoria (Precio insumos y medicamentos – Costo insumos y medicamentos) x 100 / (Costo insumos y medicamentos)	25%	Semestral	80%	Participación en diplomas, seminarios, cursos y capacitaciones

Fuente: Elaboración propia

10. CONCLUSIONES

La industria de la salud, si bien la última década ha expuesto un crecimiento notorio en cantidad de Hospitales públicos, la cantidad de atenciones por paciente sigue siendo insuficiente. Paralelamente el surgimiento de Clínicas privadas, se han enmarcado en una integración vertical por parte de las ISAPRES.

Cuando se trata de salud, el paciente por lo general está dispuesto a desembolsar grandes sumas de dinero, buscando encontrar una solución de largo plazo. No obstante hoy la decisión de compra, no actúa bajo sólo una alternativa, sino que ésta estará sujeta al posicionamiento, prestigio y credibilidad, que cada institución genere en sus pacientes.

De acuerdo a lo expuesto en el desarrollo del proyecto de tesis, la Red Clínica de la Universidad de Chile se limita a contar con declaraciones estratégicas y un plan de desarrollo definido sólo para el Hospital Clínico, sin embargo, ha descuidado la atención en la estrategia que ha venido desarrollando Clínica Universidad de Chile Quilín, la cual se sustenta en el perfeccionamiento de una propuesta de valor que es percibida por su segmento objetivo. Complementariamente los procesos de control de calidad se han

incrementado, traduciéndose en un incremento en la preferencia de sus pacientes.

El fortalecimiento de la estrategia de CUCHQ no sólo surgirá, a través de procesos rígidos, ni automatizados, sino que el foco se encuentra en la generación del vínculo con el paciente. Éste último, quien deberá atravesar el “viaje del usuario”, recorrido a través del cual se incluyen todos los procesos desde el ingreso a la CUCHQ hasta su salida, por tanto cada instancia será determinante para la generación del atributo de valor mencionado.

Pese a lo anterior, la puesta en marcha de un sistema de control de gestión implicará un importante desafío, en consideración que los profesionales no están acostumbrados a ser medidos con frecuencia, ni tampoco que su trabajo sea sometido a procesos de evaluación del desempeño.

El rol de la Dirección de CUCHQ para hacer efectiva la estrategia en el largo plazo, considerando el nivel de competencia, deberán traducirse en acciones permanentemente, para así no mermar los atributos de valor que hoy constituyen la ventaja competitiva.

11. BIBLIOGRAFÍA

Baena, E.; Jairo, J.; Montoya, O. El Entorno Empresarial y La Teoría De Las Cinco Fuerzas Competitivas. Revista Scientia Et Technica. Universidad Tecnológica De Pereira, Colombia. (2003).

Collins, J. , y Porras, J. Built to last: Successful habits of visionary companies. New York: HarperBusiness. (1997)

Dalmau, J.; Oltra, V. Análisis Estratégico De Sectores Industriales. Universidad Politécnica De Valencia, España. (1997).

Fleitman, J. Negocios Exitosos: Cómo Empezar, Administrar Y Operar Eficientemente Un Negocio. México: Mcgraw-Hill Interamericana. (2000).

Hitt, M. Administración Estratégica. México: International Thomson Editores S.A. (2004).

Kaplan, R y Norton P. *El Cuadro De Mando Integral*. Editorial Gestión 2000, Tercera Edición, Barcelona. (2009).

Kaplan, R y Norton P. *The Execution Premium*. Temas Grupo Editorial, Primera Edición, Buenos Aires. (2012).

Niven, P. *El Cuadro De Mando Integral Paso A Paso*. Editorial Gestión 2000, Barcelona. (2002).

Osterwalder, A. y Yves P. "An Ebusiness Model Ontology for Modeling Ebusiness". Bled 2002 Proceedings (2002)

Pinto D., Astorga I., Freddi J. "Requerimientos Generales y Específicos Para Los Contratos De Asociaciones Público-Privadas En Salud". Nota Técnica Bid 823. (2015).

Porter, M. *Estrategia Competitiva: Técnicas Para El Análisis De Los Sectores Industriales Y De La Competencia*. Edición I. Compañía Editorial S.A. De C.V., México. (1982).

Robbins S. y Judge T. *Comportamiento Organizacional*. Editorial Pearson / Prentice Hall, Decimotercera Edición, México. (2009).

Vargas, V. *Gestión De Riesgos Jurídico Sanitarios Y Judicialización De La Medicina*. Revista Hospital Clínico Universidad De Chile, Vol. N°16. (2006).

ANEXO 1

Breve descripción iniciativas estratégicas Dirección Clínica y Depto. de Abastecimiento y Farmacia de CUCHQ.

Principales iniciativas: Dirección Clínica CUCHQ

Iniciativa	Descripción
Programa de participación del paciente	Las necesidades y preferencias de los pacientes están en constante cambio, por lo que son menester sus revisiones sistemáticamente, a través de una encuesta de satisfacción. Los resultados permitirán dar cumplimiento a una escucha activa acerca de los nuevos requerimientos a adoptar.
Plan de optimización de tiempos muertos	Si bien el exceso de demanda es evidente, la producción no lo refleja. El proyecto consiste en dar cumplimiento a la producción esperada, otorgando las condiciones necesarias para los pacientes y a los profesionales que realizarán las atenciones.
Programa de fidelización de pacientes	El programa tiene por objeto la obtención del reconocimiento por parte de los pacientes. A través del sistema de mejora continua, se revisará diariamente si todos los pacientes recibieron conforme las indicaciones de la preparación física (exámenes o procedimientos ambulatorios) y el sector exacto donde será la atención (piso, especialidad, médico, etc.)
Programa "Clínica como en casa"	El programa permitirá conocer la opinión de los espacios comunes que cuenta la Clínica. Personal Housekeeper tabulará mensualmente las deficiencias detectadas, para elaborar propuesta de hotelería.

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 2

Principales iniciativas: Depto. Abastecimiento y Farmacia CUCHQ

Iniciativa	Descripción
Programa eficiencia en costos	El programa permitirá eliminar las prácticas de todos los meses efectuar bajas de medicamentos a razón de su vencimiento, permitiendo mayor eficiencia en las bodegas y lógicamente evitando las mermas por este concepto.
Proyecto remodelación 2016	CUCHQ cuenta con un proyecto de crecimiento que la pondrá al nivel de las mejores clínicas de la Región Metropolitana, en exacto: <ul style="list-style-type: none">- Renovará todo el equipamiento radiológico, por uno totalmente moderno.- Ampliará las camas de hospitalizados de 6, a 24.- Contará con dos nuevos módulos para las Tomas de muestras.- Ampliará la cobertura de exámenes de Laboratorio Clínico.- Incrementará de 27 a 42 box de consultas médicas.

Fuente: Elaboración propia