

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO**



**Planeamiento Estratégico de las Entidades Promotoras e Instituciones
Prestadoras de Salud en Colombia**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAGÍSTER EN
ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS GLOBALES**

OTORGADO POR LA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

Y

MASTER IN BUSINESS ADMINISTRATION

OTORGADO POR LA

ESCUELA DE ALTA DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

EADA, BARCELONA, ESPAÑA

PRESENTADA POR

Linda Victoria Ariza Romero

Alix Rocio Diaz Vesga

Jesus Maria Lorduy Dales

Henry Alexander Vargas Quintero

Asesor: Fernando D'Alessio Ipinza

Bogotá, mayo de 2017

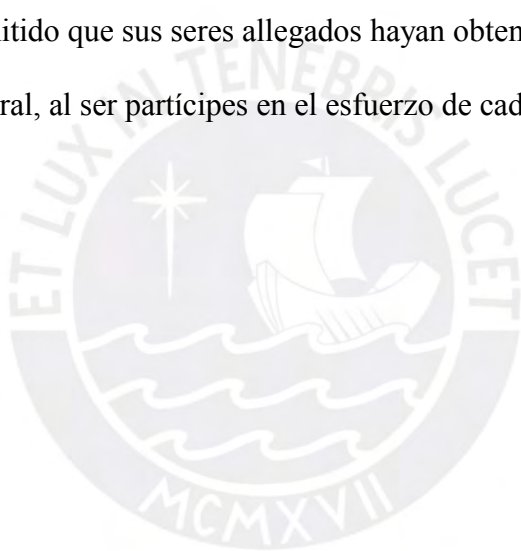
Agradecimientos

Expresamos nuestra mayor gratitud y aprecio a:

La Universidad Pontificia Católica del Perú, por permitirnos la realización de este gran proyecto, que estamos seguros contribuirá al desarrollo social de nuestro país, al recibir las recomendaciones consideradas en el presente trabajo.

Nuestros maestros, por el aprendizaje permanente en el desarrollo de la maestría y a nuestro asesor Fernando D'Alessio Ipinza por su apoyo incondicional para materializar nuestras ideas en el desarrollo de la presente Tesis.

Nuestras familias y amigos, por ser motivo de inspiración para trazar y lograr las metas trazadas en cada etapa de aprendizaje, y especialmente en esta, puesto que han permitido que sus seres allegados hayan obtenido un excelente crecimiento profesional e integral, al ser partícipes en el esfuerzo de cada uno de nosotros.



Dedicatorias

A Dios, por iluminar mi camino durante el desarrollo de este gran logro; a mi amado esposo, por su apoyo e interés desmedido; a mis hijos Isabela, Manuela, y Jesús, a quienes amo con todo mi corazón y me motivan a luchar cada día; y a mis padres y amigos, por cada voz de
aliento.

Linda Victoria Ariza Romero.

Al Señor Jesucristo Todopoderoso, por permitirme actuar con perseverancia para cumplir mis metas; a mis maestros, por instruirme en mi desarrollo profesional; a Alex, por haber compartido esta experiencia de aprendizaje; a mis padres Claudia y Elver, por impulsarme a hacer las cosas cada vez mejor en todas las metas de mi vida; y a mi hermano Junior, por ser
mi mejor compañía.

Alix Rocio Diaz Vesga.

A Dios, por permitirme dar un paso más con firmeza en esta etapa de aprendizaje; a mi esposa Linda, por estar siempre motivándome a crecer profesional e integralmente; a mis hijos Jesús, Isabela, y Manuela, por ser un motivo de inspiración en cada meta que me propongo; y a todas las personas que con su granito de arena ayudaron a que este sueño se
hiciera realidad.

Jesus Maria Lorduy Dales.

A Dios, por permitirme culminar mi maestría, por guiarme y darme fortaleza en mis momentos de debilidad; a mis padres Henry y Luz Marina, por ser el motor para continuar, con sus sabios consejos y su apoyo incondicional; y a la vida, por una nueva experiencia llena
de retos, aprendizajes, y crecimiento personal.

Henry Alexander Vargas Quintero.

Resumen Ejecutivo

En Colombia, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) se encuentran reglamentadas para ofrecer la afiliación, administración, y prestación de servicios de salud bajo la supervisión, regulación, y apoyo del Estado. Al 2016 estas instituciones se caracterizan por tener importante prestigio debido al aumento de la cobertura en medio de grandes desafíos, como: (a) incrementar el acceso a los servicios de salud, (b) mejorar el porcentaje de la población afiliada, (c) establecer un modelo de financiamiento óptimo, e (d) incrementar la confianza de los usuarios a través de una prestación de servicios de salud basada en principios de eficiencia en el uso de los recursos, calidad en la prestación de los servicios, equidad y universalidad en el acceso, solidaridad hacia los regímenes de seguridad, integralidad en la cobertura de las contingencias, y participación activa de la comunidad, entre otros principios que logren dotar de ventajas competitivas a estas instituciones de la salud.

Es por ello que se elabora un planeamiento estratégico, en el cual las EPS e IPS se proponen reorientar la oferta de los servicios de salud y la prestación de los mismos, utilizando sus instalaciones y capacidades existentes en materia de idoneidad de profesionales de la salud, tiempos de atención y de espera, acceso a atención y cobertura universal, y el prestigio de algunas clínicas y hospitales que atraen un amplio mercado internacional de la salud.

A lo largo de este planeamiento, se describieron los antecedentes del sistema de salud y la situación general en el ámbito nacional para detallar el estado actual de las EPS e IPS en Colombia. Además, se conoció la estructura general y financiera de la salud en el país, identificando las fortalezas y debilidades del sistema, destacándose las entradas en el ámbito internacional, provenientes del turismo de la salud. Este último factor hace que las expectativas en el sector sean altamente favorables para mejorar la prestación de servicios de salud.

Las ventajas competitivas que tienen que desarrollar las EPS e IPS para ser competitivas en el sector de la salud son las siguientes: equipamiento médico tecnológico, capacidad e infraestructura hospitalaria, recursos humanos calificados, solvencia financiera, tiempos de hospitalización, servicios médicos ofrecidos, niveles de complejidad dentro de los hospitales, inversión en investigación y desarrollo, acreditación de los sistemas de salud, entre otras. Por esta razón, se exponen estrategias que permitan aprovechar las fortalezas existentes y desarrollar nuevas, con lo cual para 2026 se espera que las EPS e IPS logren destacarse dentro del sistema de salud nacional y se posicionen como entidades de la salud líderes en Latinoamérica.

Para el desarrollo de estas ventajas competitivas, se han planteado cinco objetivos a largo plazo: (a) Al 2026, aumentar la cobertura en el acceso al 100%; (b) al 2026, certificar al 70% de las 2,500 IPS por organismos de acreditación de calidad en salud, calificando su alto desempeño; (c) al 2026, incrementar a 25 la cantidad de IPS dentro del ranking de las mejores clínicas y hospitales de Latinoamérica; (d) al 2026, mejorar la tasa de satisfacción global en 10% para las EPS e IPS; y (e) al 2026, el 70% de las EPS calificadas con un desempeño medio en 2015 por el Ministerio de Salud y Protección Social obtendrán la calificación de desempeño alto, al prestar servicios de salud de forma óptima, generando un alto valor agregado. La manera en que se lograrán estos objetivos a largo plazo es mediante la implementación de las estrategias elaboradas en el presente plan.

Abstract

In Colombia, the EPS and IPS are regulated to offer the affiliation, administration, and provision of health services under the supervision and support of the State. Currently, these health institutions enjoy good prestige, due to: (a) increase coverage amidst major challenges such as increase access to health services, (b) improve the percentage of the affiliated population, (c) establish an optimal financing model, and (d) increase trust of users through the provision of health services based on principles of efficiency in the use of resources, quality in service provision, equity and universality of access, solidarity towards security regimes, integrality of coverage of the contingencies, and active participation of the community, among other principles, that manage to give competitive advantages to these health institutions.

It is for this reason, that based on this strategic planning, the EPS and IPS intend to reorient the provision of health services, using their existing facilities and capacities regarding the suitability of health professionals, times of care and waiting, access to universal care and coverage, and the prestige of some clinics and hospitals that attract a large international health market.

Throughout the document the background of the health system and the general situation at the national level are reflected to detail the current state of the promoting entities and the institutions that provide health services. In addition, was identified the general and financial structure of health in Colombia, identifying the strengths and weaknesses of the health system, highlighting the entries at the international level, coming from health tourism. This last factor makes expectations in the health sector are favorable to improve the delivery of health services.

Competitive advantages must develop EPS and IPS to be competitive in the health sector are: technological medical equipment, hospital capacity and infrastructure, qualified human resources, financial solvency, hospitalization times, medical services offered, levels of

complexity within hospitals, investment in research and development, accreditation of health systems, among others. For this reason, strategies are presented that allow take advantage existing strengths and developing new ones. So, in the year 2026, the EPS and IPS are expected to excel within the national health system and position themselves as leading health entities in Latin America.

For the development of these competitive advantages, have been raised five goals long-term: (a) By 2026, will be increase coverage in access to 100%; (b) by 2026, accreditation bodies of quality in health will be certify to 70% of the 2,500 IPS , qualifying it's high performance; (c) by 2026, will be increase to 25 the number of IPS within the ranking of the best clinics and hospitals in Latin America; (d) by 2026, will be improved the overall satisfaction rate by 10% for EPS and IPS; (e) by 2026, 70% of the EPS rated with an average performance in 2015 by the Ministry of Health and Social Protection, will obtain the high performance rating, providing optimal health services, which generate a high added value. The way these long-term objectives will be achieved is by implementing strategies developed in this study.

Tabla de Contenidos

Lista de Tablas	vii
Lista de Figuras.....	ix
El Proceso Estratégico: Una Visión General	x
Capítulo I: Situación General de las Entidades Promotoras e Instituciones	
Prestadoras de Salud en Colombia	1
1.1 Situación General.....	1
1.2 Conclusiones.....	9
Capítulo II: Visión, Misión, Valores, y Código de Ética.....	10
2.1 Antecedentes.....	10
2.2 Visión.....	10
2.3 Misión.....	11
2.4 Valores.....	11
2.5 Código de Ética.....	12
2.6 Conclusiones.....	13
Capítulo III: Evaluación Externa.....	14
3.1 Análisis Tridimensional de los Países.....	14
3.1.1 Intereses nacionales. Matriz de Intereses Nacionales (MIN).....	14
3.1.2 Potencial nacional.....	19
3.1.3 Principios cardinales.....	27
3.1.4 Influencia del análisis en las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia.....	28
3.2 Análisis Competitivo del País.....	29
3.2.1 Condiciones de los factores.....	29
3.2.2 Condiciones de la demanda.....	35
3.2.3 Estrategia, estructura, y rivalidad de las empresas.....	37

3.2.4 Sectores relacionados y de apoyo	39
3.2.5 Influencia del análisis en las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia.....	40
3.3 Análisis del Entorno PESTE.....	41
3.3.1 Fuerzas políticas, gubernamentales, y legales (P).....	41
3.3.2 Fuerzas económicas y financieras (E)	42
3.3.3 Fuerzas sociales, culturales, y demográficas (S)	43
3.3.4 Fuerzas tecnológicas y científicas (T)	47
3.3.5 Fuerzas ecológicos y ambientales (E).....	47
3.4 Matriz Evaluación de Factores Externos (MEFE)	48
3.5 Las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia y sus Competidores.....	49
3.5.1 Poder de negociación de los proveedores	50
3.5.2 Poder de negociación de los compradores.....	51
3.5.3 Amenaza de los sustitutos	52
3.5.4 Amenaza de los entrantes	52
3.5.5 Rivalidad de los competidores.....	53
3.6 Las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia y sus Referentes	53
3.7 Matriz Perfil Competitivo (MPC) y Matriz Perfil Referencial (MPR).....	56
3.8 Conclusiones.....	61
Capítulo IV: Evaluación Interna	63
4.1 Análisis Interno AMOFHIT.....	63
4.1.1 Administración y gerencia (A)	63
4.1.2 Marketing y ventas (M)	70
4.1.3 Operaciones y logística. Infraestructura (O).....	76

4.1.4 Finanzas y contabilidad (F).....	79
4.1.5 Recursos humanos (H).....	82
4.1.6 Tecnología e investigación y desarrollo (T).....	83
4.1.7 .7 Sistemas de información y comunicaciones (I)	85
4.2 Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI).....	88
4.3 Conclusiones.....	90
Capítulo V: Intereses de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de	
Servicios de Salud en Colombia y Objetivos a Largo Plazo.....	94
5.1 Intereses de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Servicios de	
Salud en Colombia	94
5.2 Potencial de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Servicios de	
Salud en Colombia	95
5.3 Principios Cardinales de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de	
Servicios de Salud en Colombia.....	106
5.4 Matriz de Intereses de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de	
Salud en Colombia	111
5.5 Objetivos a Largo Plazo.....	113
5.6 Conclusiones.....	117
Capítulo VI: El Proceso Estratégico.....	119
6.1 Matriz Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas (MFODA).....	119
6.2 Matriz Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (MPEYEA).....	122
6.3 Matriz Boston Consulting Group (MBCG)	125
6.4 Matriz Interna Externa (MIE)	128
6.5 Matriz Gran Estrategia (MGE)	129
6.6 Matriz de Decisión Estratégica (MDE).....	131
6.7 Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (MCPE).....	133

6.8 Matriz de Rumelt (MR)	135
6.9 Matriz de Ética (ME)	137
6.10 Estrategias Retenidas y de Contingencia (MERC)	137
6.11 Matriz de Estrategias vs. Objetivos a Largo Plazo	137
6.12 Matriz de Posibilidades de los Competidores	137
6.13 Conclusiones	142
Capítulo VII: Implementación Estratégica.....	143
7.1 Objetivos a Corto Plazo	143
7.2 Recursos Asignados a los Objetivos a Corto Plazo.....	143
7.3 Políticas de cada Estrategia.....	143
7.4 Estructura de las EPS e IPS en Colombia	148
7.5 Medioambiente, Ecología, y Responsabilidad Social	150
7.6 Recursos Humanos y Motivación	151
7.7 Gestión del Cambio.....	152
7.8 Conclusiones	154
Capítulo VIII: Evaluación Estratégica.....	155
8.1 Perspectivas de Control.....	155
8.1.1 Aprendizaje interno	155
8.1.2 Procesos	156
8.1.3 Clientes	156
8.1.4 Financiera	157
8.2 Tablero de Control Balanceado (<i>Balanced Scorecard</i>)	157
8.3 Conclusiones	159
Capítulo IX: Competitividad de las EPS e IPS en Colombia.....	161
9.1 Análisis Competitivo de las EPS e IPS en Colombia	161
9.2 Identificación de las Ventajas Competitivas de las EPS e IPS en Colombia.....	166

9.3 Identificación y Análisis de los Potenciales Clústeres de las EPS e IPS en Colombia	167
9.4 Identificación de los Aspectos Estratégicos de los Potenciales Clústeres de EPS e IPS en Colombia	169
9.5 Conclusiones	171
Capítulo X: Conclusiones y Recomendaciones	173
10.1 Plan Estratégico Integral	173
10.2 Conclusiones Finales	175
10.3 Recomendaciones Finales	179
10.4 Futuro de las EPS e IPS en Colombia	180
Referencias	182



Lista de Tablas

Tabla 1.	<i>Población Total afiliada al SGSSS 1993-2009*</i>	3
Tabla 2.	<i>Fases de Financiamiento, Administración, y Prestación de Servicios</i>	7
Tabla 3.	<i>Matriz de Interés Nacional de Colombia</i>	19
Tabla 4.	<i>Entidades de Apoyo a la Ciencia, Tecnología, e Innovación 1998-2008</i>	23
Tabla 5.	<i>Valores de Unidad de Pago por Capitación (UPC) Adicional para 2016 (\$COP)</i>	43
Tabla 6.	<i>Principales Variables Sociales, Culturales, y Demográficas</i>	44
Tabla 7.	<i>Matriz Evaluación de Factores Externos de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia</i>	49
Tabla 8.	<i>Análisis Competitivo de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia</i>	55
Tabla 9.	<i>Análisis de la Atractividad de las Entidades Promotoras y Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia</i>	56
Tabla 10.	<i>Matriz Perfil Competitivo de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia</i>	59
Tabla 11.	<i>Matriz Perfil Referencial de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia</i>	60
Tabla 12.	<i>Acceso a Servicios de Salud Según Nivel de Complejidad en las ESE</i>	68
Tabla 13.	<i>Fuentes de Financiación del Régimen Subsidiado de Salud (% del PIB)</i>	81
Tabla 14.	<i>Matriz de Evaluación de Factores Internos de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia</i>	88
Tabla 15.	<i>Número de EPS del Régimen Contributivo por Departamento (Noviembre de 2013)</i>	97
Tabla 16.	<i>Matriz de Intereses de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia</i>	112

Tabla 17.	<i>Ranking de Clínicas y Hospitales 2016</i>	115
Tabla 18.	<i>Tasa de Satisfacción Global para EPS en Colombia</i>	116
Tabla 19.	<i>Tasa de Satisfacción Global para IPS en Colombia, 2015</i>	116
Tabla 20.	<i>Matriz Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas para las EPS e IPS en Colombia</i>	120
Tabla 21.	<i>Matriz Posición Estratégica y Evaluación de la Acción para las EPS e IPS en Colombia</i>	123
Tabla 22.	<i>Matriz de Decisión Estratégica para las EPS e IPS en Colombia</i>	132
Tabla 23.	<i>Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico para las EPS e IPS en Colombia</i>	134
Tabla 24.	<i>Matriz de Rumelt para las EPS e IPS en Colombia</i>	136
Tabla 25.	<i>Matriz de Ética para las EPS e IPS en Colombia</i>	138
Tabla 26.	<i>Matriz Estrategias Retenidas y de Contingencia para las EPS e IPS en Colombia</i>	139
Tabla 27.	<i>Matriz de Estrategias vs. Objetivos a Largo Plazo para las EPS e IPS en Colombia</i>	140
Tabla 28.	<i>Matriz de Posibilidades de los Competidores para las EPS e IPS en Colombia</i>	141
Tabla 29.	<i>Objetivos a Corto Plazo para las EPS e IPS en Colombia</i>	144
Tabla 30.	<i>Acciones para los Objetivos a Corto Plazo para las EPS e IPS en Colombia</i>	145
Tabla 31.	<i>Recursos Asignados para los Objetivos a Corto Plazo para las EPS e IPS en Colombia</i>	146
Tabla 32.	<i>Políticas de cada Estrategia para las EPS e IPS en Colombia</i>	147
Tabla 33.	<i>Tablero de Control Balanceado para las EPS e IPS en Colombia</i>	158
Tabla 34.	<i>Plan Estratégico Integral para las EPS e IPS en Colombia</i>	174

Lista de Figuras

<i>Figura 0.</i>	Modelo Secuencial del Proceso Estratégico.....	x
<i>Figura 1.</i>	Cobertura departamental del SGSSS en Colombia.	4
<i>Figura 2.</i>	Pilares fundamentales del <i>Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Todos por Un Nuevo País</i>	15
<i>Figura 3.</i>	Población proyectada de Colombia en un día específico (entre 1985 y 2020).....	20
<i>Figura 4.</i>	PIB: Variación anual 2016-2015 segundo trimestre.....	22
<i>Figura 5.</i>	Estructura organizacional del Estado colombiano.	25
<i>Figura 6.</i>	Gasto militar (% PIB) de Colombia desde 2007.	26
<i>Figura 7.</i>	Gasto militar por países de Latinoamérica (% del PIB).	26
<i>Figura 8.</i>	Tasa de subempleo subjetivo y objetivo.....	45
<i>Figura 9.</i>	Incidencia de la pobreza por dominio 2002-2015.....	46
<i>Figura 10.</i>	Distribución de los afiliados al régimen contributivo por EPS (noviembre de 2013)	64
<i>Figura 11.</i>	Distribución de los afiliados al régimen subsidiado por EPS (noviembre de 2013).	65
<i>Figura 12.</i>	Número de instituciones prestadoras de salud (IPS).	67
<i>Figura 13.</i>	Actividades logísticas en un centro hospitalario.	78
<i>Figura 14.</i>	Cantidad de IPS por departamento en 2013.	98
<i>Figura 15.</i>	Cantidad de IPS por cada 100,000 habitantes en 2013.	99
<i>Figura 16.</i>	Gráfica de la MPEYEA para las EPS e IPS en Colombia.....	124
<i>Figura 17.</i>	Matriz Boston Consulting Group para las EPS e IPS en Colombia	126
<i>Figura 18.</i>	Matriz Interna Externa para las EPS e IPS en Colombia	128
<i>Figura 19.</i>	Matriz Gran Estrategia para las EPS e IPS en Colombia	130
<i>Figura 20.</i>	Estructura propuesta para las EPS e IPS en Colombia.....	149

El Proceso Estratégico: Una Visión General

El proceso estratégico se compone de un conjunto de actividades que se desarrollan de manera secuencial con la finalidad de que una organización pueda proyectarse al futuro y alcance la visión establecida. Este consta de tres etapas: (a) formulación, que es la etapa de planeamiento propiamente dicha y en la que se procurará encontrar las estrategias que llevarán a la organización de la situación actual a la situación futura deseada; (b) implementación, en la cual se ejecutarán las estrategias retenidas en la primera etapa, siendo esta la etapa más complicada por lo rigurosa; y (c) evaluación y control, cuyas actividades se efectuarán de manera permanente durante todo el proceso para monitorear las etapas secuenciales y, finalmente, los Objetivos de Largo Plazo (OLP) y los Objetivos de Corto Plazo (OCP). Cabe resaltar que el proceso estratégico se caracteriza por ser interactivo, ya que participan muchas personas en él, e iterativo, en tanto genera una retroalimentación constante. El plan estratégico desarrollado en el presente documento fue elaborado en función al Modelo Secuencial del Proceso Estratégico.

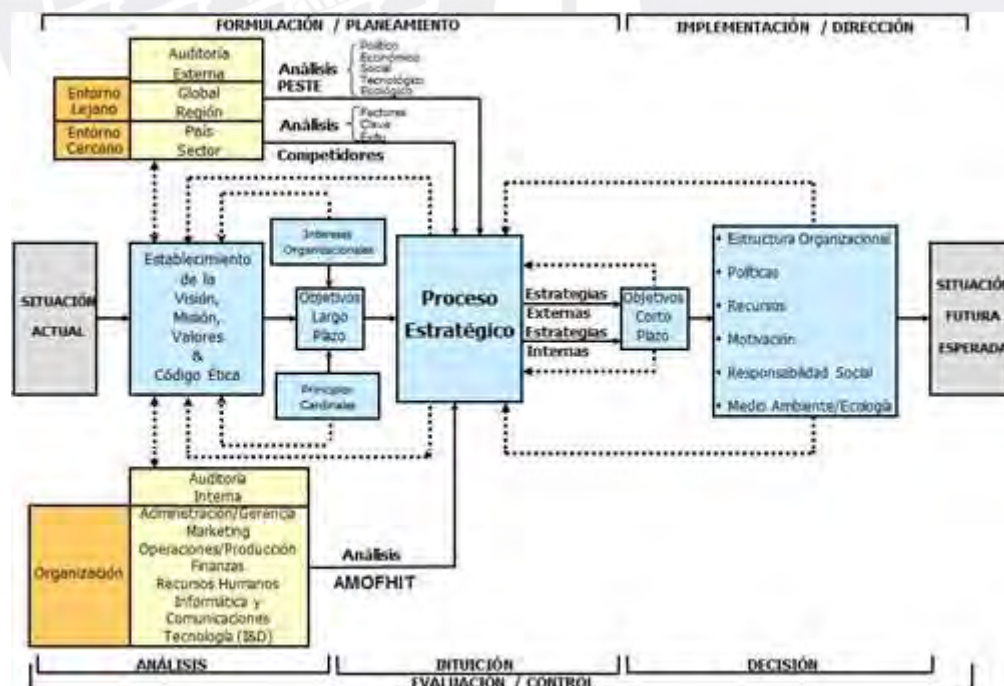


Figura 0. Modelo Secuencial del Proceso Estratégico.

Tomado de "El Proceso Estratégico: Un Enfoque de Gerencia (3a ed.)," por F. A. D'Alessio, 2015. Lima., Perú: Pearson.

El modelo empieza con el análisis de la situación actual, seguida por el establecimiento de la visión, la misión, los valores, y el código de ética; estos cuatro componentes guían y norman el accionar de la organización. Luego, se desarrolla la evaluación externa con la finalidad de determinar la influencia del entorno en la organización que se estudia y analizar la industria global a través del análisis del entorno PESTE (Fuerzas Políticas, Económicas, Sociales, Tecnológicas, y Ecológicas). De dicho análisis se deriva la Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE), la cual permite conocer el impacto del entorno determinado en base a las oportunidades que podrían beneficiar a la organización, las amenazas que deben evitarse, y cómo la organización está actuando sobre estos factores. Del análisis PESTE y de los Competidores se deriva la evaluación de la Organización con relación a sus Competidores, de la cual se desprenden las matrices de Perfil Competitivo (MPC) y de Perfil de Referencia (MPR). De este modo, la evaluación externa permite identificar las oportunidades y amenazas clave, la situación de los competidores y los factores críticos de éxito en el sector industrial, facilitando a los planeadores el inicio del proceso que los guiará a la formulación de estrategias que permitan sacar ventaja de las oportunidades, evitar y/o reducir el impacto de las amenazas, conocer los factores clave que les permita tener éxito en el sector industrial, y superar a la competencia.

Posteriormente, se desarrolla la evaluación interna, la cual se encuentra orientada a la definición de estrategias que permitan capitalizar las fortalezas y neutralizar las debilidades, de modo que se construyan ventajas competitivas a partir de la identificación de las competencias distintivas. Para ello se lleva a cabo el análisis interno AMOFHIT (Administración y Gerencia, Marketing y Ventas, Operaciones Productivas y de Servicios e Infraestructura, Finanzas y Contabilidad, Recursos Humanos y Cultura, Informática y Comunicaciones, y Tecnología), del cual surge la Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI). Esta matriz permite evaluar las principales fortalezas y debilidades de las áreas

funcionales de una organización, así como también identificar y evaluar las relaciones entre dichas áreas. Un análisis exhaustivo externo e interno es requerido y es crucial para continuar con mayores probabilidades de éxito el proceso.

En la siguiente etapa del proceso se determinan los Intereses de la Organización, es decir, los fines supremos que la organización intenta alcanzar para tener éxito global en los mercados en los que compete. De ellos se deriva la Matriz de Intereses de la Organización (MIO), y basados en la visión se establecen los OLP. Estos son los resultados que la organización espera alcanzar. Cabe destacar que la “sumatoria” de los OLP llevaría a alcanzar la visión, y de la “sumatoria” de los OCP resultaría el logro de cada OLP.

Las matrices presentadas, MEFE, MEFI, MPC, y MIO, constituyen insumos fundamentales que favorecerán la calidad del proceso estratégico. La fase final de la formulación estratégica viene dada por la elección de estrategias, la cual representa el Proceso Estratégico en sí mismo. En esta etapa se generan estrategias a través del emparejamiento y combinación de las fortalezas, debilidades, oportunidades, amenazas, y los resultados de los análisis previos usando como herramientas cinco matrices: (a) la Matriz de Fortalezas, Oportunidades Debilidades, y Amenazas (MFODA); (b) la Matriz de Posicionamiento Estratégico y Evaluación de la Acción (MPEYEA); (c) la Matriz del Boston Consulting Group (MBCG); (d) la Matriz Interna-Externa (MIE); y (e) la Matriz de la Gran Estrategia (MGE).

De estas matrices resultan una serie de estrategias de integración, intensivas, de diversificación, y defensivas que son escogidas con la Matriz de Decisión Estratégica (MDE), siendo específicas y no alternativas, y cuya atractividad se determina en la Matriz Cuantitativa del Planeamiento Estratégico (MCPE). Por último, se desarrollan las matrices de Rumelt y de Ética, para culminar con las estrategias retenidas y de contingencia. En base a esa selección se elabora la Matriz de Estrategias con relación a los OLP, la cual sirve para

verificar si con las estrategias retenidas se podrán alcanzar los OLP, y la Matriz de Posibilidades de los Competidores que ayuda a determinar qué tanto estos competidores serán capaces de hacerle frente a las estrategias retenidas por la organización. La integración de la intuición con el análisis se hace indispensable durante esta etapa, ya que favorece a la selección de las estrategias.

Después de haber formulado el plan estratégico que permita alcanzar la proyección futura de la organización, se ponen en marcha los lineamientos estratégicos identificados y se efectúan las estrategias retenidas por la organización dando lugar a la Implementación Estratégica. Esta consiste básicamente en convertir los planes estratégicos en acciones y, posteriormente, en resultados. Cabe destacar que una formulación exitosa no garantiza una implementación exitosa. Durante esta etapa se definen los OCP y los recursos asignados a cada uno de ellos, y se establecen las políticas para cada estrategia. Una estructura organizacional nueva es necesaria. El peor error es implementar una estrategia nueva usando una estructura antigua.

Finalmente, la Evaluación Estratégica se lleva a cabo utilizando cuatro perspectivas de control: (a) interna/personas, (b) procesos, (c) clientes, y (d) financiera, en el Tablero de Control Integrado (BSC) para monitorear el logro de los OCP y OLP. A partir de ello, se toman las acciones correctivas pertinentes. Se analiza la competitividad de la organización y se plantean las conclusiones y recomendaciones necesarias para alcanzar la situación futura deseada de la organización. Un Plan Estratégico Integral es necesario para visualizar todo el proceso de un golpe de vista. El Planeamiento Estratégico puede ser desarrollado para una microempresa, empresa, institución, sector industrial, puerto, ciudad, municipalidad, región, país u otros.

Capítulo I: Situación General de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia

1.1 Situación General

En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado bajo la Ley 100 (1993), con el objetivo de regular el servicio público de la salud y crear condiciones favorables que permitieran el acceso en todos los niveles de atención para los ciudadanos, basado en seis principios que son: (a) eficiencia, (b) universalidad, (c) solidaridad, (d) integralidad, (e) unidad, y (f) participación. En dicha sentencia, se creó el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictaron otras disposiciones concernientes al cumplimiento de los planes y programas, que tanto el Estado como la sociedad deberían desarrollar para proporcionar la cobertura integral de eventuales contingencias como el deterioro de la salud y la capacidad económica de los habitantes del país, con el fin de lograr el bienestar individual y el desarrollo de la comunidad (Ley 100, 1993).

De esta manera, se estableció la participación de diferentes entidades que ofrecieran la administración y la prestación de los servicios de salud, reguladas y vigiladas por el Estado (Ley 100, 1993); además, de los fundamentos sobre los cuales se regiría el sector de la salud través de tres reformas fundamentales: (a) la creación de un fondo de solidaridad que permitiera asegurar el régimen subsidiado; (b) la eliminación del monopolio que el Gobierno tenía sobre la salud, y que en consecuencia desencadenaría en la tercera reforma, la cual, permitía (c) la participación del sector privado y la posibilidad de que los trabajadores pudiesen elegir la institución prestadora de salud (IPS). Dichas reformas establecieron la libre competencia, al considerar al sector salud como un nuevo sector para la economía colombiana (Bermúdez et al., 2011).

Desde una perspectiva amplia, el sector de la salud quedó constituido por seis clases de agentes que son: (a) los aportantes, (b) los aseguradores, (c) los prestadores de servicios de

salud, (d) los proveedores de medicamentos, (e) los usuarios o pacientes, y (f) las agencias estatales (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.-a). Sin embargo, estos no actuarían independientemente, puesto que cumplen un rol importante en términos de mercado o de regulación, y por tanto se encuentran bajo esquemas de relación, articulación, subordinación, y participación (Agudelo, Cardona, Ortega, & Robledo, 2011). Sin duda alguna, los entes más complicados son las entidades promotoras de salud (EPS) y las IPS. De ahí, que sea importante examinar el rol de las EPS en la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios por parte de las IPS; es decir, analizar el sector de la salud desde un enfoque basado en la prestación de servicios.

Para garantizar el conjunto de servicios de salud a la población, se han establecido diversas fuentes de financiamiento, siendo las más representativas, las cotizaciones de empleadores y empleados, los recursos fiscales nacionales que dan lugar a las transferencias intergubernamentales (i.e., departamentos y municipios) denominadas Sistema General de Participaciones (SGP), y los recursos fiscales de origen regional y local (Agudelo et al., 2011). Además, dentro del plan obligatorio de salud (POS) se definen dos formas de afiliación al sistema, las cuales son: (a) el régimen contributivo (RC), que lo constituyen las personas con capacidad de pago; y (b) el régimen subsidiado (RS), que está conformado por personas pobres y vulnerables sin capacidad de pago (Orozco, 2015). Estos dos regímenes se encuentran vinculados entre sí, a través del fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA). Y generalmente, han presentado una tendencia, en la que el sector subsidiado es mayor como se evidenció en 2010, cuando la cobertura hacia la población fue de 39.4% para el RC y de 51.4% para el RS (Guerrero, Gallego, Becerril, & Vásquez, 2011).

En este contexto, las cifras de aumento de cobertura son sorprendentes en medio de grandes desafíos. A modo de ejemplo, hacia 2011 en el régimen subsidiado el número de afiliados superaba los 23 millones de personas; el régimen contributivo alcanzó los 21

millones de afiliados, y existía un estimado de 2.4 millones de personas ubicadas en los regímenes exceptuados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a).

Desde la promulgación de la Ley 100 (1993), la cobertura de aseguramiento en salud, medida por la afiliación a los diferentes regímenes, se ha comportado de una manera ascendente. Según estimaciones realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Nacional de Estadística (DANE), a través de las series de población 1985-2020, se observa un incremento de la cobertura total, hasta más del 90% de la población, principalmente por el crecimiento de la afiliación al régimen. Esta situación podría atribuirse al crecimiento del régimen subsidiado a partir de 2003 y al crecimiento en el periodo 2002-2008, donde se estima que el régimen subsidiado creció 2.8 veces más que el régimen contributivo, pese a que este solo cubre una parte de las prestaciones del POS (Agudelo et al., 2011). Es así que durante el periodo 1993-2009, el aumento de la cobertura de la población total ha sido significativo. Solamente durante ese periodo el régimen contributivo pasó de representar un 22.4% a un 37.8% y el régimen subsidiado entre 1997 y 2009 pasó de representar un 18.2% a un 51.1% (ver Tabla 1).

Tabla 1

*Población Total afiliada al SGSSS 1993-2009**

Cobertura	1993	1997	2000	2003	2006	2009
Población total	36'208,244	38'649,043	40'282,217	41'847,421	43'405,387	44'977,758
Total afiliado al SGSSS (%)	23.7	57.1	56.5	61.3	82.7	93.4
Régimen contributivo (%)	22.4	58.9	32.9	33	33.4	37.8
Régimen subsidiado (%)	-	18.2	23.6	28.4	45	51.1
Regímenes de excepción (%)		0	0	0	4.3	8.7
No afiliados (%)	76.3	42.9	43.5	38.7	17.3	6.6

Nota. *Afiliados compensados en el régimen contributivo y cupos financiados en el régimen subsidiado. Los datos de afiliación son aproximados. Tomado de "Sistema de Salud en Colombia: 20 Años de Logros y Problemas," por C. A. Agudelo, J. Cardona, J. Ortega, y R. Robledo, 2011. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, p. 2819. doi: 10.1590/S1413-81232011000600020

En abril de 2011 esta cobertura seguía en ascenso, logrando ser destacada en el ámbito nacional y llegando a lugares a los que antes era difícil acceder a la prestación de

servicios, puesto que en todos los departamentos del país la cobertura al SGSSS presentaba cifras mayores al 70%. Sin embargo, aún se presentaban falencias en algunos departamentos para asegurar una cobertura total (ver Figura 1).

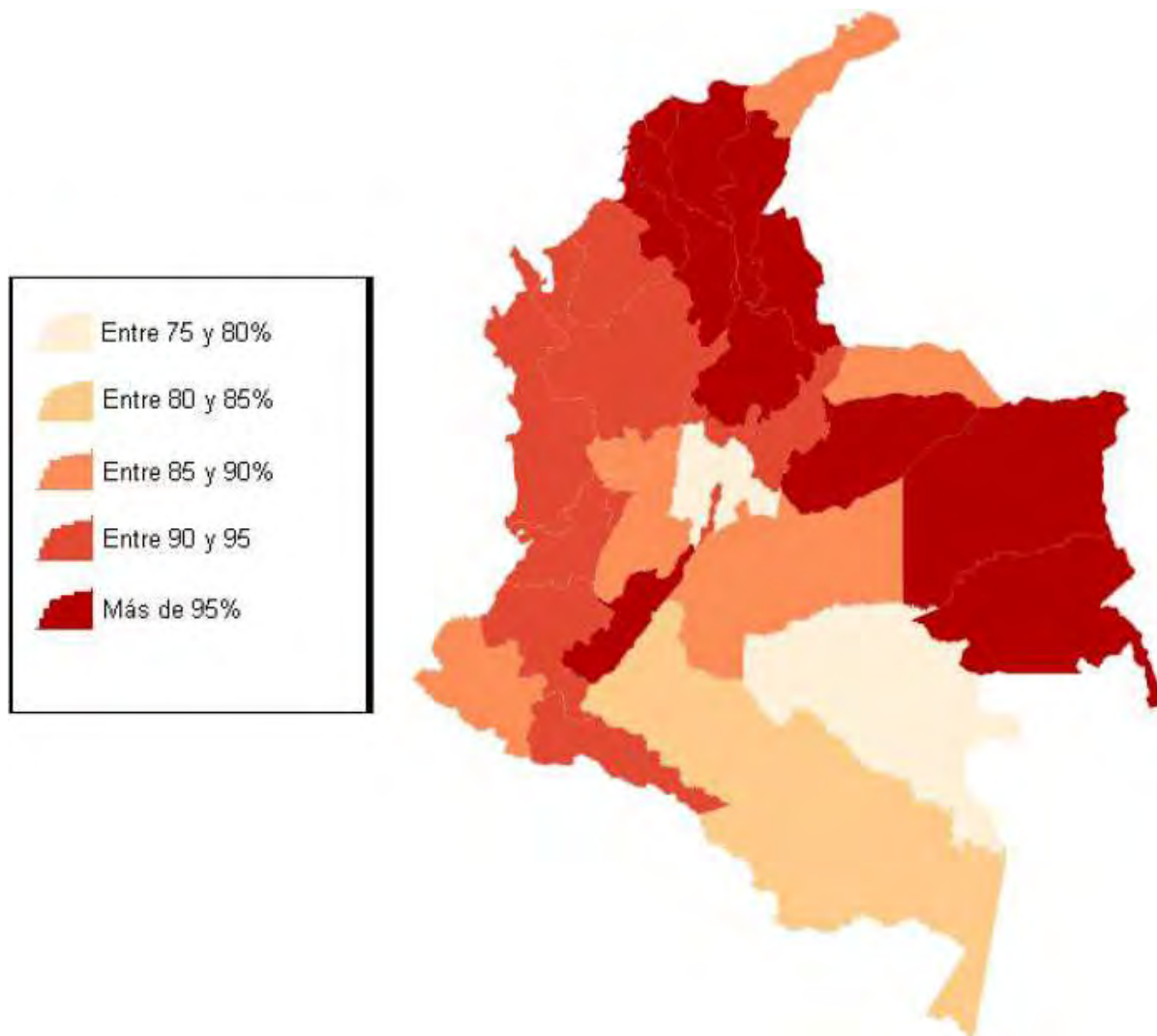


Figura 1. Cobertura departamental del SGSSS en Colombia.

Tomado de “Situación Actual de las EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en Colombia (Primer Informe),” por el Ministerio de Salud y Protección Social, 2011, p. 7. Bogotá, Colombia: Autor.

El aumento de esta cobertura depende mayormente de las políticas de afiliación promulgadas por las EPS, pero también del sistema de financiamiento. En este sentido, el aseguramiento o afiliación al régimen contributivo, para todos los asalariados, pensionados, o trabajadores independientes que tengan ingresos iguales o mayores a un salario mínimo, permite la elección libremente de la EPS, así como su carácter (i.e., público o privado), a

través de una contribución obligatoria de un 12.5% de sus ingresos laborales. En los asalariados o pensionados, este valor equivale al 4% de su salario y al 8.5% del pago del empleador o pagador de pensión (Guerrero et al., 2011).

Este aseguramiento o afiliación es realizado por parte de las EPS en el RC y por las administradoras del régimen subsidiado (ARS) en el RS, mientras que la provisión de servicios de salud es una atribución de las IPS (Orozco, 2015). Así, las funciones de las EPS se aproximan más hacia la afiliación y registro de los usuarios, administrar el riesgo financiero, gestionar el riesgo en salud, articular los servicios con el fin de garantizar el acceso efectivo de los usuarios, asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud, y representar a los afiliados ante las IPS o brindar un servicio directo, cuando las EPS son las dueñas de las IPS (Bermúdez et al., 2011).

Como agentes aseguradores, las EPS, las ARS, y los denominados regímenes excluidos o aseguradores corporativos, entre otros, tienen como objetivo realizar el aseguramiento de la población para que los pacientes puedan acceder al servicio, pero no desde un rol pasivo, sino que deben desarrollar funciones más amplias al interior del sistema de salud, articulándose con otros agentes como los IPS (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.-a), los cuales son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias, y solidarias, que están organizadas para prestar los servicios de salud a los afiliados del SGSSS, dentro de las EPS o fuera de ellas (Ley 100, 1993). Estas instituciones están conformadas por consultorios, laboratorios, hospitales, y los profesionales que individual o colectivamente ofrecen sus servicios. En el caso de los hospitales públicos, estos se han ido transformando en organizaciones autónomas, denominadas empresas sociales de Estado (ESE), que actúan como IPS, en tanto que venden sus servicios a las EPS (Guerrero et al., 2011).

Con respecto a la función de las IPS, estas como mínimo deben cubrir el POS, es decir cubrir tanto a quien cotiza como a su núcleo familiar en actividades encaminadas en

promover y fomentar la salud y la prevención de enfermedades a través de un primer nivel de atención. En concordancia, los beneficios que se incluyen son la atención inicial de urgencias, atención al recién nacido, y consulta médica general y odontológica. Cuando existe una previa referencia por parte del médico general, se incluyen otra serie de actividades como: la consulta médica especializada, exámenes de laboratorio, medicamentos, hospitalización, intervenciones quirúrgicas de baja complejidad, tratamientos de rehabilitación física, y diversas terapias, prótesis, y órtesis; además, de atender algunas enfermedades de alto costo como el sida, la enfermedad renal crónica, y el cáncer (Guerrero et al., 2011).

Además, el nuevo sistema de salud se puede comprender de manera general, reconociendo tres fases importantes que buscan el acceso a los servicios de salud. Dichas fases son: (a) el financiamiento, (b) el aseguramiento (afiliación), y (c) la prestación de servicios. La primera ocurre a partir de recursos fiscales nacionales o locales, las cotizaciones de empleadores, y empleados o recursos propios; la segunda se realiza por medio de las ARS y EPS según el régimen, y la tercera la realizan las IPS. Sin embargo, estos no son los únicos entes del sector de la salud, puesto que el sector involucra desde organismos de control hasta los usuarios finales. Pero, debido a las frecuentes inconformidades a las que son sometidos, se han determinado como el objeto de estudio de este planeamiento. La Tabla 2 describe las tres fases mencionadas analizando el rol que cumplen los entes del sector de la salud.

En el sistema colombiano, el cumplimiento efectivo y la calidad ejercida en estas funciones aseguran el éxito de las EPS. Por consiguiente, podría decirse que estas compiten solamente por calidad. Aunque en la mayoría de los casos resulta difícil de medir, puesto que los afiliados no tienen claridad sobre las responsabilidades de cada uno de los agentes involucrados en la cadena vertical de producción del servicio de salud y no distinguen entre

la calidad proveniente de las EPS y la que proviene de los IPS contratados por estas. Así, la única dimensión que es fácilmente observable son los tiempos de espera a los que tienen que someterse los pacientes para obtener una cita médica y en general, las barreras que ponen las EPS para el acceso a los servicios de salud (Superintendencia de Industria y Comercio [SIC], s.f.). De ahí, que el tema sea complejo de estudiar y requiera una participación adecuada de todos los agentes y la supervisión de los organismos de control.

Tabla 2

Fases de Financiamiento, Administración, y Prestación de Servicios

Financiamiento	Aseguramiento (afiliación)	Prestación de servicios
Recursos de los trabajadores (12.5% del salario de los asalariados, pensionados, y trabajadores independientes; equivalente al 4% del salario de los asalariados o pensionados y 8.5% del pago del empleador.	EPS: Para el régimen contributivo o individuos con capacidad de pago.	IPS: Constituidas por consultorios, laboratorios, hospitales, y todos los profesionales que individualmente o colectivamente ofrecen sus servicios.
Recursos fiscales nacionales. Recursos fiscales de origen regional y local.	ARS: Para personas vulnerables sin capacidad de pago.	

Nota. EPS = Entidad promotora de salud; IPS = Institución prestadora de salud; ARS = Administradora del régimen subsidiado. Adaptado de “Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados Encargados de Adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud (Informe Final),” por el Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.-a, p. 491. Bogotá, Colombia: Autor.

En el transcurso del tiempo, estas entidades han sido objeto de discontinuidades que las han puesto en una situación polémica. En materia del servicio, este puede considerarse como indiferenciado, puesto que aunque los precios son asignados por el Gobierno mediante la Unidad de Pago por Captación (UPC) y el servicio debe realizarse de manera uniforme en conformidad con el POS, en la práctica, estas entidades realizan diversas estrategias para captar una mayor participación del mercado y adaptarse a las discontinuidades del entorno, lo cual resulta sumamente complejo (Bermúdez et al., 2011). El problema es mayor, puesto que existe una tendencia que considera que las EPS tienen un rol de baja transparencia (Agudelo et al., 2011).

Las causas de un mal servicio en la prestación, no tienen sus orígenes ni en las EPS ni en las IPS, sino que obedecen a otras problemáticas como la baja designación presupuestal, la pérdida de fondos, y en muchos casos la ausencia de presupuesto en entidades territoriales, los problemas de selección adversa y en general, de otros agentes del sector de la salud. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2016a), ante estas fallas originadas en la prestación de servicios de salud, se han erigido más decretos, reformas, y mecanismos legales. Algunos de ellos han sido el Decreto 2309 de octubre de 2002, la Resolución 2320 de 2011, y varias normas expedidas hasta 2012 que han permitido la ampliación y unificación total del POS.

En el Decreto 2309 (2002) se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y se establece como IPS a las instituciones dedicadas a brindar servicios de salud, a los profesionales independientes de salud, y a los servicios de transporte especial de pacientes. Por su parte, la Resolución 2320 (2011) establece el mecanismo del “giro directo”, en el cual el Gobierno nacional gira directamente los recursos del régimen subsidiado a las EPS y a las IPS sin que pasen por la entidad territorial.

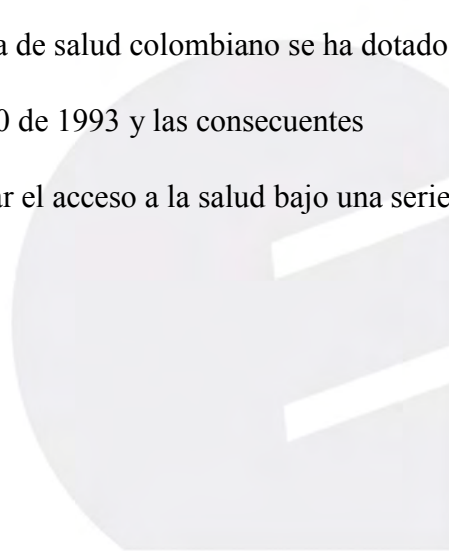
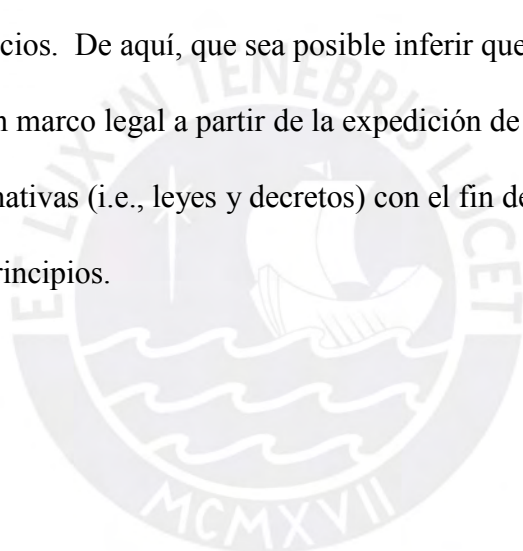
En general, la mayoría de los desafíos que imponía la creación del SGSSS en Colombia se han cumplido, en tanto que hacia 2011 el impacto de la reforma se había manifestado en un incremento de la cobertura que alcanzaba niveles superiores al 95% y a su vez, este mayor acceso de la población a la salud se tradujo en mejores indicadores como vacunación, mortalidad infantil y de la niñez, y en general de la percepción de los usuarios sobre su estado de salud (Santa María, García, Rozo, & Uribe, 2011). Estos resultados son favorables, considerando que en 1993, solo una cuarta parte de la población tenía algún tipo de protección financiera en salud y la baja cobertura se traducía en un menor acceso (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a).

Pero, el sector tiene grandes retos como incrementar el acceso a los servicios de salud, mejorar el porcentaje de población afiliada al sistema de salud, disminuir las tasas de

mortalidad por desnutrición, establecer un modelo de financiamiento óptimo, e incrementar la percepción de confianza en las EPS e IPS, y responder a los múltiples desafíos de garantizar un acceso a la salud basado en principios de calidad, eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, y participación, entre otros.

1.2 Conclusiones

La formulación y el planeamiento de la situación actual del sistema de salud en Colombia permiten fijar el horizonte por el cual se establecerá el planeamiento estratégico a realizar. En este sentido, reconocer en la función de las EPS e IPS, un trabajo difícil con grandes resultados, en medio de algunas dificultades y nuevos desafíos que se les han presentado, sugiere un análisis detallado del sector salud enfocado en la prestación de servicios. De aquí, que sea posible inferir que el sistema de salud colombiano se ha dotado de un marco legal a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993 y las consecuentes normativas (i.e., leyes y decretos) con el fin de garantizar el acceso a la salud bajo una serie de principios.



Capítulo II: Visión, Misión, Valores, y Código de Ética

2.1 Antecedentes

Desde la expedición de las Leyes 60 y 100 de 1993, se reformó sustancialmente el sector de la salud en Colombia, en tanto que al final de la década de los ochenta, el aparente fracaso del Estado como único prestador del servicio de salud produjo un cambio gradual (Páez, Jaramillo, Franco, & Arregoces, 2014). Inicialmente, en la *Constitución Política de Colombia de 1991*, se había establecido el derecho a acceder a la atención en salud como un servicio público que era prestado bajo la dirección, coordinación, y control del Estado, pero con la participación de agentes públicos y privados (Guerrero et al., 2011). Posteriormente, la Ley 100 (1993) crearía el actual SGSSS que se iría ampliando con otras normativas. Esta transformación progresiva de la normativa ha afectado directamente al sector salud y específicamente a la prestación de servicios.

En consecuencia, este planeamiento presenta el desarrollo de la misión, la visión, los valores, y códigos de ética, con el fin de definir cuál será el horizonte estratégico de las EPS e IPS para el desarrollo del sector. Así, se consolidará el presente plan estratégico con el objetivo de diseñar estrategias de intervención sobre las entidades del sector salud que contemplen las realidades del país y las alternativas existentes para actuar frente a los nuevos desafíos del sistema de salud.

2.2 Visión

Al 2026, las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud de Colombia serán reconocidas en el ámbito mundial por ser altamente competitivas en la prestación de servicios de salud, caracterizándose por una cobertura total (al 100%) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la calidad oportuna en los servicios prestados, la equidad en el acceso, y el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios. Para esto, se desarrollarán acciones de promoción, prevención de enfermedades, gestión de recursos para la universalidad, implementación, y evaluación permanente de tecnologías de salud y una serie

de programas que conduzcan al ofrecimiento de un servicio integral. En materia de cobertura en el acceso, se prevé que en 10 años, las entidades habrán logrado asegurar a la totalidad de la población, puesto que en los primeros cuatro meses de 2015, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2015a) esa cobertura se mantuvo en un 96.7%, solamente una décima por encima de la reportada para el año inmediatamente anterior 96.6%, por lo cual se requiere avanzar más rápidamente para ser altamente competitivos en la prestación de servicios.

2.3 Misión

Garantizar la prestación de los servicios de salud a los colombianos, a través de la afiliación y el acceso efectivo y oportuno de la población a las estrategias y programas de promoción de salud, de prevención de enfermedades, de aseguramiento de los demás servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, y de la gestión de las prestaciones económicas; todas estas acciones enmarcadas bajo los principios fundamentales de eficiencia en el uso de los recursos, universalidad en el acceso, solidaridad hacia los regímenes de seguridad, integralidad en la cobertura de las contingencias, unidad en la articulación de políticas, y participación activa de la comunidad, con el fin de satisfacer las necesidades de los usuarios, y por tanto incidir en el mejoramiento del estado de salud y la calidad de vida de la población de Colombia.

2.4 Valores

- **Calidad:** En la prestación de los servicios, con un nivel profesional óptimo que tiene como fin satisfacer las necesidades de los usuarios y mejorar la percepción de las IPS;
- **Eficiencia:** En la utilización social y económica de los recursos por parte de las entidades que prestan los servicios de salud, para garantizar el derecho a la salud y al acceso a servicios de calidad;
- **Equidad:** En el acceso a la salud, al aumentar la cobertura en la afiliación y la prestación de servicios, garantizando el derecho a la salud para todas las personas;

- Mejoramiento continuo: En la prestación de los servicios, la adecuación de las nuevas políticas, y la adaptación al entorno;
- Respeto: Hacia las normativas establecidas en el Sistema de Salud y hacia los agentes demandantes de servicios de salud;
- Responsabilidad: En el manejo y la asignación de los recursos por parte de las entidades, y el cumplimiento de las funciones contempladas mediante las disposiciones legales; y
- Transparencia: Conducta permanente por parte de los funcionarios de las EPS e IPS, orientada al respeto de los derechos de los usuarios, lo cual implica un compromiso en el manejo de los recursos.

2.5 Código de Ética

Las entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios de salud, por el simple hecho de estar articuladas al sector salud tienen una dimensión social y ética, por tanto requieren de la integración de conceptos éticos y morales a las acciones diarias, basados en el respeto del marco legal del Sistema de Salud, los reglamentos operacionales para la prestación de servicios, la responsabilidad social y las normas morales ampliamente aceptadas. El código de ética para estas organizaciones debe basarse en:

- Comprender y actuar en pro de las leyes y normas emitidas en materia de salud, con el fin de mejorar la prestación de servicios;
- Fomentar el mejoramiento de las prácticas de promoción de salud y prevención de enfermedades, dentro de las entidades prestadoras de servicios de salud;
- Participar de la libre competencia a través de la calidad de las EPS e IPS;
- Promover el respeto, la articulación, subordinación, participación, y relaciones de transparencia y honestidad, entre los agentes o actores involucrados en el sector salud;
- Rechazar prácticas de corrupción al interior de los organismos de salud; y
- Usar los recursos de manera eficiente para cumplir las metas propuestas en materia del desarrollo del sector salud.

2.6 Conclusiones

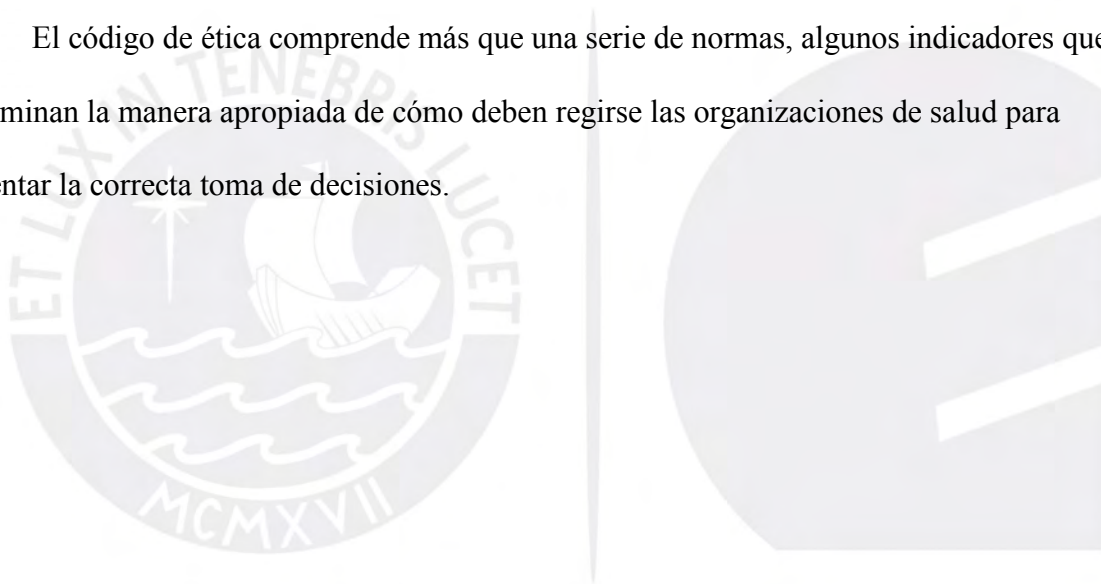
El proceso estratégico en la fase de formulación requiere de enunciar el conjunto de cuatro componentes fundamentales que son: (a) la misión, (b) la visión, (c) los valores, y (d) el código de ética.

La visión como función deseada responde al rol que las EPS e IPS esperan realizar.

La misión especifica el rol de las entidades de salud y permite su crecimiento creativo.

Los valores establecidos tienen como finalidad moldear los objetivos y propósitos, producir las políticas, y definir las intenciones estratégicas para desarrollar el plan estratégico asignado de las entidades de salud.

El código de ética comprende más que una serie de normas, algunos indicadores que determinan la manera apropiada de cómo deben regirse las organizaciones de salud para fomentar la correcta toma de decisiones.



Capítulo III: Evaluación Externa

3.1 Análisis Tridimensional de los Países

Las relaciones internacionales son aquellos procesos en los cuales los Estados adaptan sus intereses nacionales a los de otros Estados (Hartmann, 1978). Estas relaciones incluyen movimiento de personas, bienes, servicios, tecnología, conocimientos, información, e ideas a través de sus fronteras. El análisis tridimensional y el planteamiento estratégico evalúan las relaciones entre las naciones, y para ello hacen uso de tres dimensiones: los intereses nacionales, los factores del potencial nacional, y los principios cardinales (D'Alessio, 2015).

3.1.1 Intereses nacionales. Matriz de Intereses Nacionales (MIN)

En Colombia, no existe un análisis detallado de los intereses nacionales del país, si bien estos sí se han abordado en la literatura. Básicamente, puede decirse que a largo plazo son: (a) seguridad y defensa nacional, (b) promoción y preservación de valores occidentales, (c) bienestar económico, (d) consolidación de la marca país, (e) paz social, e (f) integración económica.

Las estrategias encaminadas en pro de esos intereses se encuentran consignadas en el *Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018* del Departamento Nacional de Planeación (DNP) (como se citó en el Ejército Nacional, 2014), donde se dividen fundamentalmente en tres pilares, con los cuales el Gobierno lleva a cabo todas sus prioridades y las estrategias transversales con las que se facilitará el avance hacia la paz del país, todo esto para un mejor desarrollo económico y el bienestar de los ciudadanos y las regiones. Estos pilares se pueden visualizar en la Figura 2.

Asimismo, estos intereses son la base de la política exterior, en tanto que el consenso en esta política es fundamental para fortalecer la defensa de los intereses nacionales y para evitar que la ausencia provoque que otros actores se sustenten en las controversias internas

para fijar posiciones que puedan vulnerar las aspiraciones estratégicas del país (Fernández, 2010). Con base en estos pilares, y a través del análisis de las relaciones con otras naciones, Colombia ha definido los siguientes intereses nacionales:

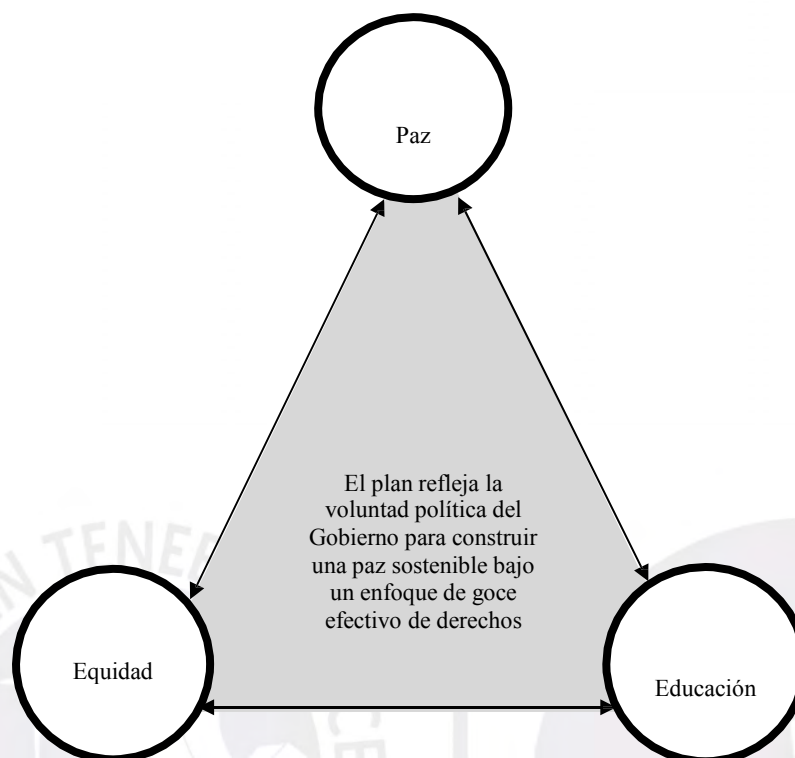


Figura 2. Pilares fundamentales del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: Todos por Un Nuevo País.

Tomado de “Plan Estratégico 2015-2018,” por el Ejército Nacional, 2014, p. 11. Bogotá, Colombia: Autor.

Seguridad y defensa nacional. Son importantes para la defensa de la nación porque garantizan la soberanía e integridad territoriales ante posibles amenazas militares externas. En este aspecto, Colombia es una paradoja de las relaciones internacionales, puesto que se habla de las amenazas de intervención militar de EE.UU., debido a los problemas de producción de droga, poder de la insurgencia, crimen organizado y corrupción estatal, y por las hostilidades presentadas históricamente con los Gobiernos peruano, venezolano, ecuatoriano, y nicaragüense; además, de las tensiones ideológicas con Cuba y Venezuela (Torrijos, 2008). Las tensiones con Ecuador y Venezuela se reflejaron en el alcance de una acción tan grande como el bombardeo a las FARC, que traspasó las fronteras con Ecuador y

afectó las relaciones diplomáticas entre Colombia y estos dos países; este último, por la posición asumida a favor de Ecuador.

Promoción y preservación de valores occidentales. Los cuales se rigen por los valores occidentales de los EE.UU., pues al examinarlos detalladamente se encuentra una homogeneidad en los principios, como la confluencia en el modo de vivir, los valores comunes de la democracia, y el hecho de que se siga el modelo neoliberal (Torres, 2010).

Bienestar económico. Hace referencia a la estabilidad económica de la nación. Este interés es importante para el fomento de las inversiones y el comercio internacional del país; de igual manera, concierne al bienestar de las empresas y de los colombianos que residan en el exterior (Nuechterlein, 1973).

Para lograr una estabilidad económica dentro de la nación, se requiere integrar el territorio y sus comunidades, puesto que de esta manera se ayudará a cerrar brechas poblacionales y sociales; también se debe procurar el desarrollo integral del campo, con el fin de lograr la igualdad de oportunidades; de esta forma se dará una reducción de las desigualdades territoriales entre los ámbitos rural y urbano (Ejército Nacional, 2014).

Consolidación de la marca país. Que es la impresión o idea que tienen los consumidores directos, indirectos, reales, y potenciales de los países. Uno de los objetivos de esta marca se centra en generar una sola identidad que integre todas las actividades productivas del país, para esto, Colombia debe proyectar una imagen de país productivo y exportador en el ámbito internacional (Restrepo, Rosker, & Echeverri, 2008). Así, el Gobierno colombiano ha trabajado arduamente en la consolidación de la marca Colombia, anteriormente conocida como “Colombia es pasión”. Sin embargo, según FutureBrand (2015), otros países de la región han tenido un mayor impacto, como Brasil, Argentina, y México, que se encuentran en el top 3. En términos de competitividad, esto representa una amenaza porque distorsiona el posicionamiento de Colombia como marca en el ámbito internacional.

Paz social. Colombia, desde 1982, tiene experiencia en diálogos de paz con grupos armados ilegales. Estos diálogos se han hecho con el fin de superar el enfrentamiento armado y de esta manera lograr la reconciliación entre las partes enfrentadas (Arias, s.f.). Desde el año 2012, el Gobierno de Juan Manuel Santos inició una serie de diálogos de paz con la guerrilla de las FARC en La Habana, Cuba. Dichos diálogos se clausuraron el pasado mes de agosto. Después de estos, siguió la implementación del mecanismo de refrendación denominado plebiscito, donde los colombianos debían votar para aprobar los acuerdos a los que se habían llegado. Según Torres (2010), este se considera un interés nacional en la medida que se habla de la internacionalización del conflicto interno colombiano, el cual ha conducido a Colombia a una alianza preferencial con EE.UU. En este aspecto, los países de la comunidad internacional, en particular los europeos, tienen una comprensión adecuada de la compleja realidad colombiana y quieren contribuir eficazmente a la resolución del conflicto interno.

La consecución de la paz social es importante en las relaciones exteriores, en la medida que de lograrse la paz, las naciones tendrán la oportunidad de invertir en varios sectores de la economía colombiana. Asimismo, por la amenaza que ven los países vecinos de que los problemas colombianos se amplíen a sus territorios.

Integración económica. La cual ha influido en la creación de varios acuerdos, entre ellos los tratados de libre comercio (TLC). Estos tratados tienen una amplia influencia para los países firmantes, lo cual ayuda a favorecer la economía del país (Ministerio de Comercio, Industria, y Turismo [MINCIT], s.f.).

Además, las tendencias sugieren que el paradigma de la integración está enfocado en la mejora de las condiciones de vida de la región, a través de un acuerdo compartido por el desarrollo que es más amplio que el libre comercio o las inversiones. En ese sentido, la integración ha surgido como una opción viable frente a la realidad global, puesto que exige

un trabajo en conjunto de varias naciones con el fin de lograr un crecimiento económico con equidad, en los que se hace uso de los liderazgos colectivos y cada nación define sus intereses nacionales (Fernández, 2010).

Con base en estos aspectos, Colombia ha establecido una serie de estrategias para lograr estos esfuerzos. Como se puede visualizar en la Tabla 3, los países latinoamericanos de México, Perú, y Chile comparten una serie de objetivos comunes con Colombia, al igual que EE.UU.; estos se podrían considerar de alta intensidad (vitales y de supervivencia). Para el caso de los intereses comunes con los tres países latinoamericanos mencionados, estos se consolidaron en la iniciativa de integración regional denominada Alianza del Pacífico, por un lado, con la necesidad de crear un mecanismo para aumentar el comercio intrarregional entre las naciones participantes, y por el otro lado, hacer frente al ascenso al poder de Gobiernos de izquierda y sus sistemas de integración. Esto se explica debido a que varios países de Sudamérica son antagónicos de Colombia por el sistema político utilizado, la alianza con EE.UU., y la promoción de directrices diferentes a la política comercial de la región. Entre ellos se destacan Brasil, Venezuela, y Ecuador, principalmente (Escobar, 2016).

Además, otros países presentan intereses contrapuestos, en la medida que a lo largo de la historia han surgido conflictos por el territorio y la delimitación del mismo. Entre ellos se destaca el conflicto por la plataforma marítima de San Andrés con Nicaragua y el área limítrofe de la Guajira con Venezuela. En materia de política antidroga, comparte una tradición histórica con EE.UU., México, y Perú. Sin embargo, esta posición política le ha traído conflictos con Venezuela, Ecuador, y Brasil, quienes no comparten la misma posición ideológica. En el contexto de la generación de bienestar y, en este sentido, de la implementación de sistemas, políticas o ejes de referencia, es aliado de países como Chile y Brasil, donde se han dado grandes avances en el posicionamiento de instituciones prestadoras de servicios de salud. De acuerdo con esta cercanía y los intereses nacionales de Colombia,

la competitividad de las entidades promotoras e instituciones prestadoras de la salud debe apoyarse en los países referentes y con objetivos comunes: Brasil y Chile. En esta medida, las entidades más destacadas de estos países compartirían sus estrategias, sirviendo de aprendizaje a Colombia. De la misma manera, países tan lejanos como Singapur, se convierten en referentes para afianzar una prestación de servicios de salud con calidad.

Tabla 3

Matriz de Interés Nacional de Colombia

Interés nacional	Supervivencia (Crítico)	Vital (Peligroso)	Importante (Serio)	Periférico (Molesto)
1. Seguridad y defensa nacional		Nicaragua ** Venezuela ** Ecuador ** EE.UU. *	Brasil ** Perú *	
2. Promoción y preservación de valores occidentales			Chile * México * Perú * EE.UU. *	
3. Bienestar económico			Brasil ** Chile	
4. Consolidación de la marca país			Brasil ** Argentina ** México *	
5. Paz social		EE.UU. * Venezuela ** Ecuador ** Brasil **		
6. Integración económica			Chile * México * Perú * EE.UU. *	

Nota. *Intereses comunes. **Intereses opuestos. Adaptado de “El Proceso Estratégico: Un Enfoque de Gerencia (3a ed.),” por F.A. D’Alessio, 2015. Lima, Perú: Pearson.

3.1.2 Potencial nacional

Los factores de potencial nacional se refieren a la fortaleza y debilidad de un país, estos se estudian con base en siete dominios: (a) demográfico, (b) geográfico, (c) económico, (d) tecnológico/científico, (e) histórico/psicológico/sociológico, (f) organizacional/administrativo, y (g) militar (D’Alessio, 2015). En esta sección, se analizará el impacto de cada dominio en el plan estratégico.

Demográfico. El DANE (2016a) debido a la influencia de organismos internacionales hace proyecciones de población comprendidos entre el último y próximo censo. En 2016, la población colombiana asciende a 48'747,632 de personas. En la Figura 3 se puede observar que el 49.4% de la población (24'069,035 habitantes) corresponde al sexo masculino y el 50.6% (24'678,673 habitantes) corresponde al sexo femenino.

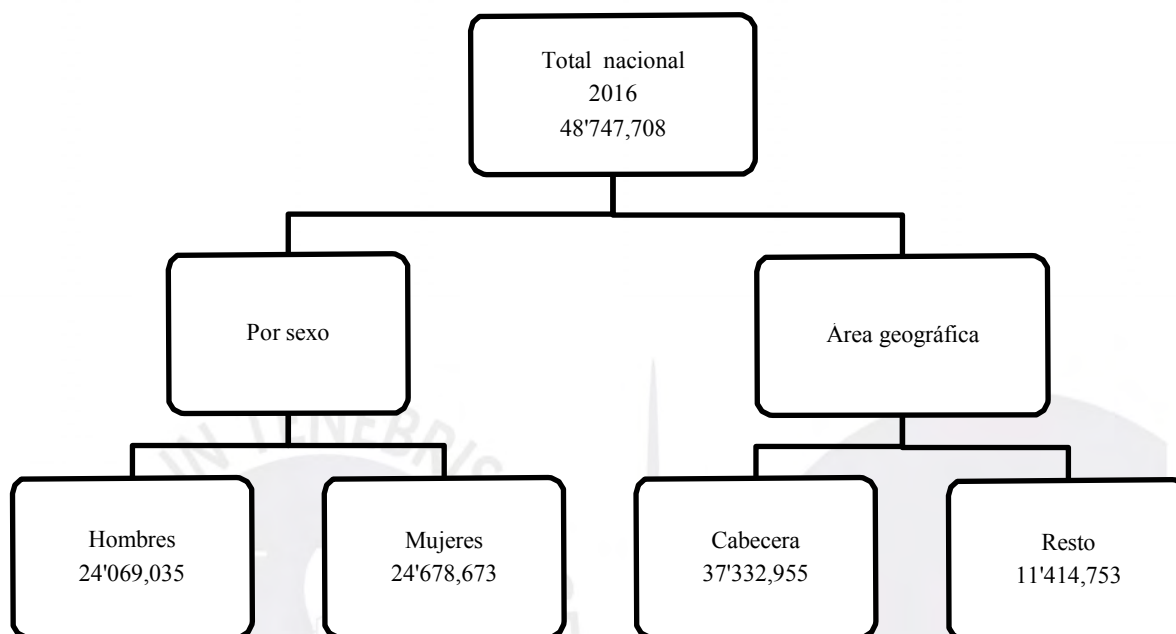


Figura 3. Población proyectada de Colombia en un día específico (entre 1985 y 2020). Tomado de “Demografía y Población: Proyecciones de Población,” por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2016a. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>

Colombia experimenta una fase de transición demográfica que se caracteriza por el descenso de las tasas de natalidad y las tasas de mortalidad. En 2005, por cada 100 mujeres en edad fértil había 38.08 niños entre cero y cuatro años; hacia 2015 esta cifra había descendido a 34.22 y se prevé que en 2020 disminuya a 33.51. En 2015, la población mayor de 65 años representó el 7.49%, presentando un incremento en un punto porcentual con respecto a 2005 y se espera que en 2020 se mantenga esta tendencia hasta llegar a un 8.50%. Mientras tanto, la población mayor de 65 años representa el 7.49% de toda la población incrementando en un punto porcentual con respecto a 2005 y se proyecta que para 2020 la proporción continúe aumentando hasta llegar a un 8.50%. Con respecto a las tasas de

crecimiento natural, la tasa de población incrementó en 1.5%, reflejando un marcado descenso a través del tiempo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

En cuanto a las cifras de mortalidad, en promedio, el número de defunciones no fatales anuales fue de 196,536 personas. De estos, se contaba con información sobre el régimen de afiliación en un 83%, de las cuales, el 54.26% (537,513) ocurrió en el régimen subsidiado, el 42.10% (417,065) en el contributivo, y el 3.65% (36,136) entre el régimen de excepción y el especial. Todos estos indicadores están asociados a la situación de salud, en donde el avance en las condiciones de vida ha incidido en el incremento de la esperanza de vida, el descenso de la mortalidad por enfermedades transmisibles, y la reducción de la mortalidad infantil. Sin embargo, el sector de la salud, y en este sentido, las instituciones prestadoras de servicios de salud, deben enfrentar retos grandes ante la demanda creciente de atención en servicios de salud por enfermedades del sistema circulatorio, respiratorias crónicas, y diversas enfermedades, que refuerzan la necesidad de que el sistema de salud trabaje en la promoción, prevención, y limitaciones de los daños que causan las enfermedades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

Geográfico. El territorio de la República de Colombia está ubicado al noroccidente de América del Sur. Es la cuarta nación más grande de Sudamérica con 1'141,748 km² de extensión (Melo, Rodríguez, Feo, Chaustre, & Pulido, 2005). Tiene costas en los océanos Atlántico y Pacífico, y su ubicación geográfica es privilegiada puesto que cuenta con gran biodiversidad y variedad climática.

Colombia limita al oriente con Venezuela y Brasil; al occidente con Nicaragua, Costa Rica, y Panamá; y al norte con Honduras, Jamaica, Haití, y República Dominicana (Banco de la República, s.f.-a). Su ubicación estratégica le da un rol fundamental en varios sectores económicos del país. De ahí, que la salud sea considerada un sector vital y algunas instituciones prestadoras de servicios tengan una buena reputación en el ámbito internacional.

Sin embargo, se presentan falencias en materia de concentración de las IPS en los departamentos más grandes y con mayor desarrollo. En 2014, el 26.96% (13,097) de las IPS se hallaban en Bogotá, el 14.39% (6,988) en Antioquia, el 11.03% (5,356) en el Valle del Cauca, y el 4.53% (2.200) en Santander. Lo que equivale a decir que casi el 57% de 48,572 instituciones habilitadas del país se concentraban en dichos territorios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b). Ante la creciente demanda de servicios de salud y el crecimiento demográfico del país, esta concentración constituye una seria amenaza, puesto que se requiere de mayor infraestructura para la prestación de servicios en el país.

Económico. En 2016, el Producto Interno Bruto (PIB) creció 2.0% en el segundo trimestre y respecto al mismo periodo de 2015, principalmente por las siguientes actividades: establecimientos financieros, seguros, actividades inmobiliarias, servicios a las empresas, e industria manufacturera; además, de las actividades de servicios comunales, personales, y sociales. La actividad que tuvo una mayor caída fue la explotación de minas y canteras (DANE, 2016b), como se muestra en la Figura 4.

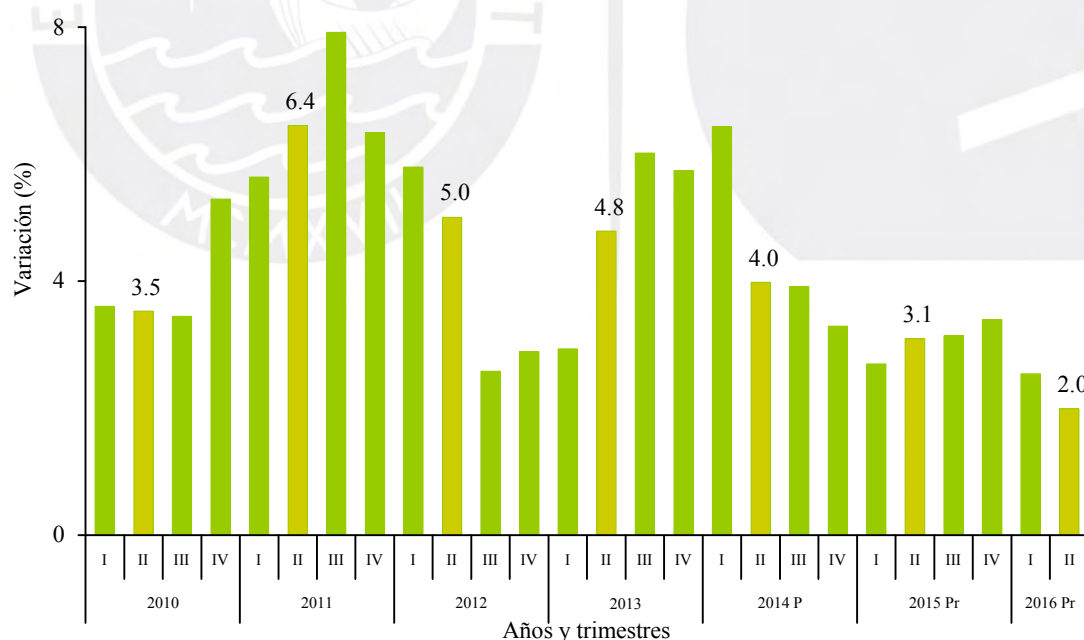


Figura 4. PIB: Variación anual 2016-2015 segundo trimestre.

Adaptado de “Producto Interno Bruto -PIB- II trimestre 2016 [Noticias],” por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2016b. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/52-espanol/noticias/noticias/3841-producto-interno-bruto-pib-ii-trimestre-2016>

En este sentido, la posición de competitividad de Colombia ha mejorado, aunque se presentan grandes retos especialmente en el sector de la salud, como se analizará en el análisis de competitividad de las organizaciones prestadoras de servicios de salud.

Tecnológico/científico. Las entidades responsables de la investigación en ciencia y tecnología de Colombia, así como las universidades, son las encargadas de promover el desarrollo tecnológico para el crecimiento del país.

Colombia, desde hace algunas décadas, viene creando e implementando en las instituciones el desarrollo de la ciencia, tecnología, e innovación (CT+I). Desde mediados de la década pasada, el país le ha dado mayor importancia al tema de la competitividad y CT+I, este interés se ha dado en su mayor parte dentro de las políticas públicas. Además, el país se ha propuesto como meta que en 2019 “tendrá un desarrollo humano, social y económico cimentado en la producción, difusión y uso del conocimiento, que será un elemento fundamental para la productividad y la competitividad”, según el DNP (como se citó en Perfetti, 2010, p. 9). A lo largo de los años, el país ha venido creando instituciones que han ayudado al crecimiento económico y social (ver Tabla 4).

Tabla 4

Entidades de Apoyo a la Ciencia, Tecnología, e Innovación 1998-2008

Tipo de entidad	1998	2001	2006	2008
Grupos de investigación reconocidos ^a	881	1,539	2,439	2,439
Centros de excelencia	0	0	6	7
Centros de desarrollo tecnológico	33	43	37	42
Incubadora de empresa	3	14	31	27
Centros regionales de productividad	3	7	9	7
Parques tecnológicos	1	3	3	3
Comisiones/ consejos departamentales C y T	7	25	30	31

Nota. Tomado de “Ciencia, Tecnología e Innovación (CT+I),” por J. J. Perfetti, 2010. Recuperado de <https://www.caf.com/media/3785/CienciaTecnologiaInnovacion.pdf>

^a Desde el 2002 se establece una diferenciación entre grupos registrados y reconocidos. Estos últimos tienen resultados concretos y voluntariamente se someten a una clasificación por parte de Colciencias.

Se espera que estos avances repercutan en el sector de la salud y permitan la implementación en la prestación directa de servicios de salud, incidiendo en el mejoramiento de la calidad y el bienestar de la población.

Histórico/psicológico/sociológico. Colombia es un país que cuenta con una cantidad innumerables de riquezas, es el único lugar en el mundo con una variedad de esmeraldas azuladas. Asimismo, su amplia biodiversidad también hace del país un lugar lleno de especies únicas y valiosas.

En 2008, la UNESCO declaró como patrimonio cultural inmaterial de la humanidad, la alegría desbordante de algunas regiones de Colombia, las cuales están representadas por la música de marimba y cantos tradicionales del Pacífico Sur de Colombia, el carnaval de Barranquilla, heredero del folclor del bajo Magdalena y el Caribe, y el Carnaval de Negros y Blancos de Pasto y su entorno andino (“De Colombia para el Mundo,” 2012). Sus diversos parques muestran la riqueza arquitectónica, como lo son el Parque Arqueológico de San Agustín en Huila y el Parque Arqueológico de Tierradentro en el Cauca, los cuales brindan a sus visitantes el legado de los antepasados colombianos. Existen otros lugares y tradiciones de Colombia que deberían ser visitados, y a los cuales la UNESCO también ha reconocido como patrimonio inmaterial de la humanidad.

Organizacional/administrativo. En Colombia existen tres ramas del poder público: ejecutivo, legislativo, y judicial. El Poder Ejecutivo es aquel representado por el Presidente de la República, el Poder Legislativo está representado por el Congreso de la República, y el Poder Judicial está conformado por la Fiscalía General de la Nación y otros cuatro organismos: la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia, el Consejo de Estado, y el Consejo Superior de la Judicatura (Congreso Visible, s.f.). Estos tres poderes, aunque tienen funciones diferentes, deben trabajar en unión para que el Estado mantenga la armonía y su funcionamiento sea eficiente. En la Figura 5 se puede ver la organización del Estado de Colombia: las ramas del poder público y los organismos del Estado.

Militar. Colombia dispone de un Ejército Nacional que tiene como misión: conducir operaciones militares orientadas a defender la soberanía, la independencia y la integridad territorial, proteger a la población civil, los recursos privados y estatales,

para contribuir a generar un ambiente de paz, seguridad y desarrollo, que garantice el orden constitucional de la nación (Ejército Nacional, 2014, p. 7).

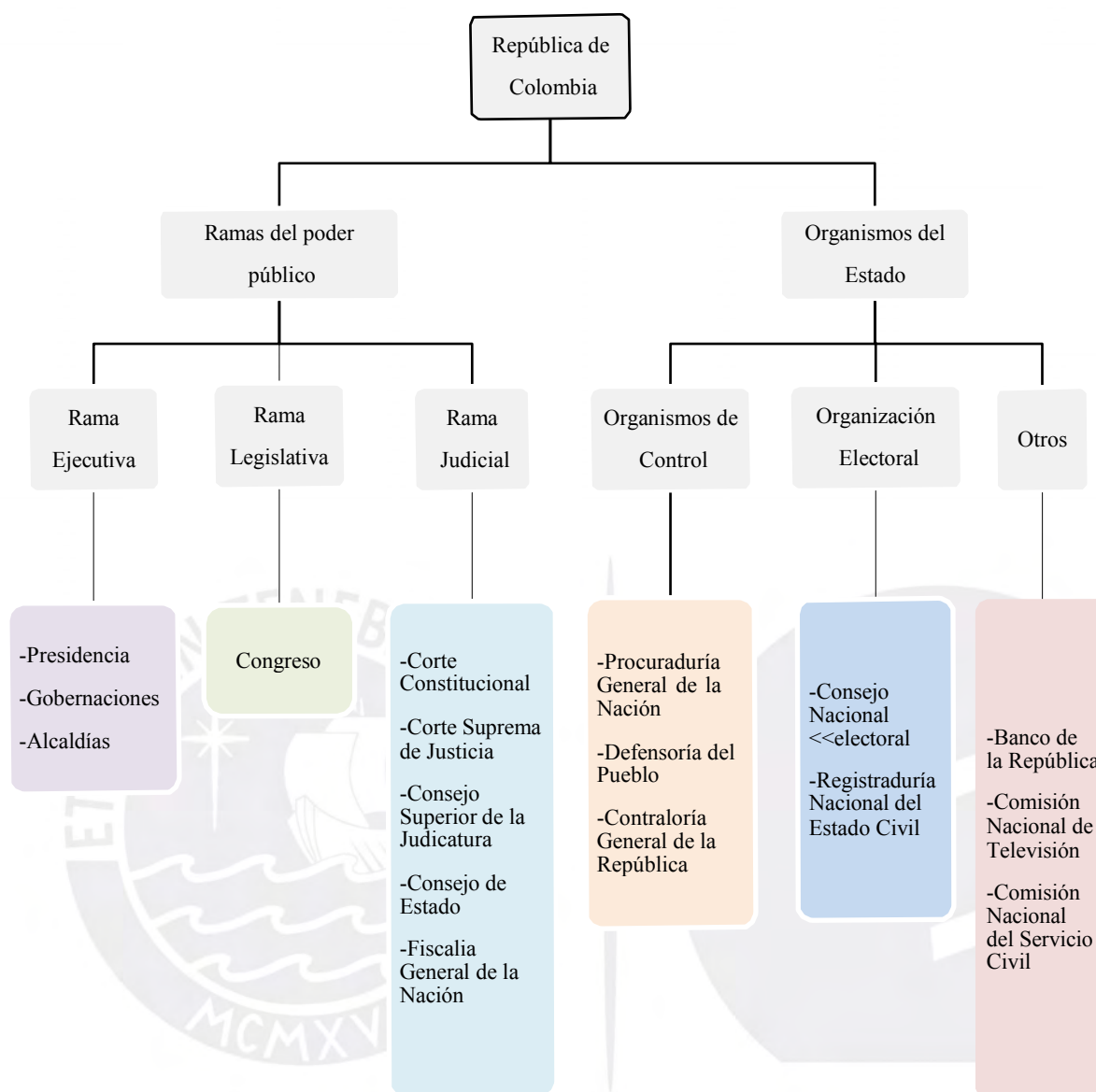


Figura 5. Estructura organizacional del Estado colombiano.

Tomado de “Organización del Estado Colombiano,” por el Banco de la República, s.f.-b.

Recuperado de

http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/politica/organizacion_del_estado_colombiano

Colombia es el país con mayor gasto militar de Latinoamérica, según las cifras del Banco Mundial (BM) (como se citó en Hernández, 2016). Estos gastos son mayores en proporción al PIB del país. Para 2016 se proyectó gastar \$29.1 billones COP para el rubro de Defensa y Policía, esto equivaldría al 3.5% del PIB nacional (ver Figura 6).

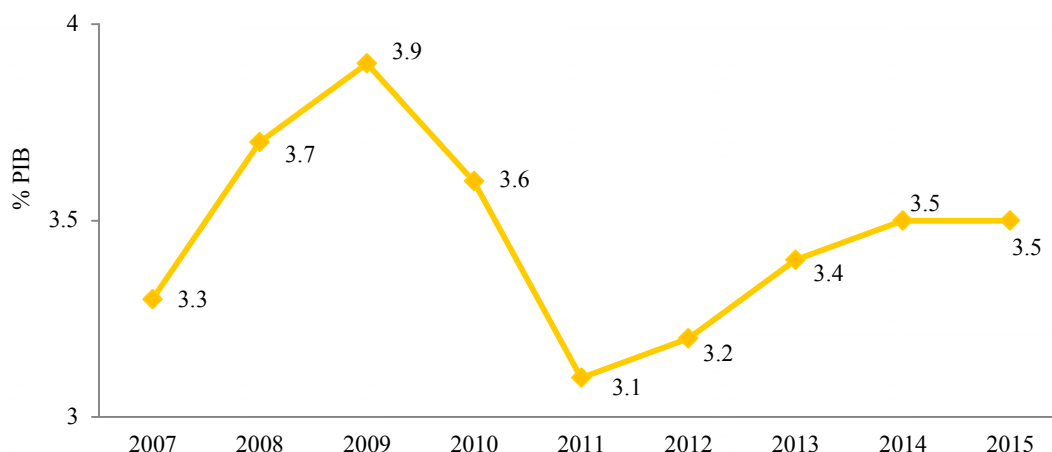


Figura 6. Gasto militar (% PIB) de Colombia desde 2007.

Tomado de “En 15 años, el Conflicto le ha Costado al País más de \$330 Billones,” por R. L. Hernández, 2016, *El Heraldo*. Recuperado de <http://www.elheraldo.co/economia/en-15-anos-el-conflicto-le-ha-costado-al-pais-mas-de-330-billones-254093>

Como se puede observar en la Figura 7, Colombia y EE.UU. manejan un 3.5% de su PIB, en una proporción que incluye las Fuerzas Armadas y las fuerzas que se encargan de mantener la paz. Asimismo, se puede ver que Colombia se encuentra encima de Brasil, el cual destina 1.3% de su PIB.



Figura 7. Gasto militar por países de Latinoamérica (% del PIB).

Tomado de “En 15 años, el Conflicto le ha Costado al País más de \$330 Billones,” por R. L. Hernández, 2016, *El Heraldo*. Recuperado de <http://www.elheraldo.co/economia/en-15-anos-el-conflicto-le-ha-costado-al-pais-mas-de-330-billones-254093>

3.1.3 Principios cardinales

Según D'Alessio (2015), los principios cardinales son la base de la “política exterior”, o en palabras de Hartmann, es lo que debe hacer una nación para alcanzar sus objetivos.

Estos son cuatro.

Influencia de terceras partes. Diversos agentes influyen en las entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia y, por tanto, en su proceso de planeamiento estratégico, en el que se definen una serie de objetivos a cumplir a largo plazo. Dentro de ellas, se destacan agencias estatales como el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, quienes establecen las normas para el sector de la salud y, por ello, rigen el comportamiento que deben tener las entidades adscritas a él, así como las encargadas de la prestación de servicios; además, de la influencia de otros agentes como los aportantes, los proveedores de medicamentos, y los pacientes.

Lazos pasados y presentes. El actual funcionamiento de las EPS e IPS se ha caracterizado por el aumento de la cobertura, pero, a la vez, por una serie de problemas acumulados, correspondientes a situaciones que aún antes del nuevo sistema de seguridad social ya se habían identificado y continúan vigentes, a otros que emergieron con la implementación de la Ley 100 de 1993, o por las modificaciones en la situación de salud de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2005). Actualmente, la política nacional de prestación de servicios y los planes estratégicos sectoriales de la salud han potenciado el desarrollo del sector, como se evidencia en los indicadores abordados a lo largo del planeamiento.

Contrabalance de los intereses. Entre las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios, e incluso con otras organizaciones que prestan los servicios de atención médica (e.g., las mismas EPS, IPS, la medicina prepagada, y los

médicos particulares, entre otros) existe una rivalidad por intereses orientados hacia acaparar una mayor parte de la población, incidiendo en los precios y la calidad del servicio. Esta situación se comprende más detalladamente en el análisis de los competidores.

Conservación de los enemigos. Los principales enemigos de las entidades promotoras y prestadoras de servicios de salud en Colombia han sido la falta de inversión estatal, el deficiente y cambiante marco regulatorio, y la confrontación existente por los flujos y pagos entre el Estado, las EPS e IPS, entre otros problemas (Agudelo et al., 2011). En el ámbito internacional, algunos referentes en la prestación de servicios de salud pueden considerarse como enemigos, en vista de que su modelo presiona a las entidades a formular estrategias de competitividad e innovar permanentemente. A modo de ejemplo, las clínicas de salud en Chile y Brasil, y el sistema de salud de Singapur.

Todos estos factores deben propender para que las entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia, desarrollen estrategias que permitan brindar una prestación de servicios basada en principios universales para el sector de la salud.

3.1.4 Influencia del análisis en las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia

Colombia ha iniciado una serie de procesos de cambio, considerando el sector salud como eje complementario de la estrategia de movilidad social. Además, dentro del ranking de competitividad ha tenido una leve mejoría, aunque para tener un verdadero posicionamiento requiere de la regulación y del apoyo estatal en recursos financieros, infraestructura física, tecnología, y control hacia las entidades de la salud. Todo esto, con el fin de reducir las brechas en el acceso y cubrir la demanda interna de la salud a través del sector público como en el privado. Si bien en Colombia hay una articulación entre el sector privado y el público, le corresponde al Estado cumplir el rol definido de regular y apoyar el Sistema de Seguridad Social, y a estas ocuparse de las respectivas obligaciones contraídas en la prestación de servicios.

3.2 Análisis Competitivo del País

En los últimos años, la economía colombiana ha presentado un alto desempeño debido a las políticas macroeconómicas adoptadas. Según los resultados obtenidos en el índice global de competitividad (IGC) para 2014-2015, la calificación obtenida pasó de 4.19 a 4.23. Así, Colombia se ubicó en el puesto 66 entre 144 economías para 2015, mientras que en el año anterior se ubicó en la posición 69 entre 148 países. Sin embargo, aunque el número de países del estudio disminuyó, la posición relativa equivalente al porcentaje de países superados, registró una leve mejoría, que la ubicó en el mejor nivel obtenido en los últimos ocho años (DNP, 2014). Estos factores se pueden comprender por medio del diamante de la competitividad de las naciones (Porter, 1990), donde se analizarán las cuatro fortalezas del poder nacional, es decir, los determinantes que crean o generan las ventajas para competir en Colombia.

Estos determinantes son: (a) condiciones de los factores; (b) condiciones de la demanda; (c) estrategia, estructura, y rivalidad entre las empresas; y (d) sectores relacionados y de apoyo. Aparte de los cuatro ases del póker, se encuentran el azar y el Gobierno, puesto que también tienen relación con la competitividad de las naciones (D'Alessio, 2015).

3.2.1 Condiciones de los factores

Cada nación tiene unos factores de producción, que le permiten entrar a competir en cualquier industria, puesto que estos tienen un rol determinante en las ventajas competitivas de las firmas de las naciones (D'Alessio, 2015). En materia de estos, Colombia es un país que dispone de una gran diversidad de recursos. Sin embargo, los resultados obtenidos en políticas de competitividad son insuficientes cuando se comparan con otros países de la región, demostrando que la manera como se ha utilizado la mano de obra, la inversión en capital, la innovación, y el capital humano no ha sido la más eficiente (Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo [FEDESARROLLO], 2013). Por tanto, la adecuación de los siguientes factores es determinante en la generación de ventajas competitivas:

Recursos naturales. Colombia se caracteriza por el auge del sector agrícola y las reservas de hidrocarburos. Sin embargo, entre 1992 y 2012 hubo una participación decreciente del sector agrícola en los aportes al PIB, al pasar de un 15.8% a un 6.2%. De manera opuesta, el sector de los hidrocarburos ha tenido una tendencia creciente, puesto que hace dos décadas representaba el 5.3% y en 2012 ascendió al 12.1% del PIB; situación que se puede atribuir al auge de los *commodities* en las categorías de carbón y el petróleo (FEDESARROLLO, 2013).

Pese a lo anterior, el campo colombiano sigue contribuyendo de manera importante al desarrollo económico y social del país. En efecto, el potencial del campo en materia de suelos dispone de más de 42 millones de hectáreas aptas para actividades agropecuarias (DNP, 2015), el sector aporta en promedio 7.1% del PIB total (DANE, 2014a) y genera el 21.4% del empleo del país (DANE, 2014b).

Sin embargo, varias de estas intervenciones no se dan de la mejor manera posible. Según estimaciones del BM (como se citó en DNP, 2015b), los costos para la economía colombiana asociados a la contaminación atmosférica producida, los servicios deficientes de abastecimiento de agua e higiene, y la degradación de los suelos, recaen con mayor peso sobre segmentos vulnerables de la población (especialmente en niños), desencadenando en el aumento de mortalidad y morbilidad, y, a su vez, en la disminución de la productividad. De igual forma, los procesos de producción empleados en la transformación y procesamiento de los recursos, generan problemas de contaminación sobre el aire, el agua, y los alimentos, generando riesgos en la salud pública.

Desde luego, estas problemáticas significarían una mayor intervención en la prestación de servicios por parte de las entidades promotoras y las instituciones prestadoras de salud.

Recursos humanos, mano de obra, y conocimiento. En materia de recursos humanos, la oferta del país en capital humano altamente calificado es limitada, puesto que la

estructura actual de la oferta de educación superior aún no responde adecuadamente a las necesidades del sector productivo. Solamente el esfuerzo por innovar y el capital humano se encuentra altamente calificado y concentrado en medianas y grandes empresas del sector manufacturero, con un 83% de gasto en innovación y desarrollo empresarial. De ellos, el 0.3% tiene formación de maestría y doctorado, sumado al hecho de que el país solo cuenta con 33 programas certificados de doctorado y 614 de maestría (DNP, 2015b). Sin embargo, el panorama en recursos humanos es desalentador, lo que desde luego se encuentra directamente relacionado con la mano de obra y la adquisición de conocimientos.

En este sentido, la escasa sofisticación de los sectores productivos impacta negativamente en la creación de empresas y, por ende, en la generación de empleos, lo que explica el desaprovechamiento del potencial para el desarrollo de industrias intensivas en mano de obra. Esta escasa sofisticación en los sectores productivos se debe a que el gasto nacional en actividades de ciencia, tecnología, e innovación (ACTI) es demasiado bajo, siendo este de tan solo el 0.5% del PIB en 2013, mientras que solo el 0.2% del PIB equivalió a gastos en Investigación y Desarrollo. Sumado a esta situación, el crecimiento del presupuesto de Colciencias, generado a partir de 2007, no se ha traducido en una expansión similar en otras líneas de apoyo relacionadas con ciencia, tecnología, e innovación, en tanto que el 60% de los recursos se han destinado a programas de becas de posgrado para Colombia y el exterior. En consecuencia, en 2013, Colombia únicamente contaba con 0.4 investigadores por cada 1,000 habitantes, en parte por el bajo número de doctorados graduados al año y por la baja focalización de estos posgrados hacia áreas de ciencias, tecnología, ingeniería, y matemáticas. Pero lo más preocupante es la falta de articulación y cooperación entre universidades y empresas. Todos estos factores explican por qué, a pesar de los avances de los últimos años, los niveles de calificación de la mano de obra colombiana aún no son suficientes e incluso son bajos frente a otros países (DNP, 2015a).

En el sector de la salud, Colombia ha mantenido información detallada acerca del proceso de transformación del recurso humano que posee. Con la articulación de las funciones de financiación y prestación para las entidades aseguradoras de salud en el sistema de salud, se transformó el comportamiento del recurso humano del sector salud. Así, se puede explicar el desequilibrio que se ha venido documentando entre la demanda de recursos humanos (necesidades en seguridad social en salud de la población) y la oferta de los servicios para atender dichas necesidades, el cual, en algunas ocasiones se ha manifestado en el desempleo en varias profesiones y disciplinas. En general, se ha presentado un crecimiento en la oferta de algunos programas como medicina, odontología, enfermería y en programas de formación para cargos específicos dentro de los organismos de dirección y control, en los aseguradores y en los prestadores de servicios de salud. Este aumento ha desencadenado en el incremento de la demanda de recurso humano formado y con experiencia en áreas como gestión, financieras, mercadeo, auditoría, interventoría, y epidemiología, entre otras (Programa de Apoyo a la Reforma de Salud [PARS], 2007).

Entonces, si bien en los últimos años se destaca la participación del Gobierno en estrategias encaminadas hacia la productividad y en los montos dirigidos a promover la competitividad de los sectores productivos del país, los esfuerzos parecen no haber tenido un impacto directo en materia de la consolidación de recursos humanos altamente calificados y, por ende, en el desarrollo de mano de obra y la adquisición de nuevos conocimientos que consoliden los sectores productivos que se pueden aprovechar como el de la salud.

Disponibilidad de capital. Como factor de competitividad, el crecimiento del capital físico ha oscilado entre el 3.8% y 6.7%, siendo este el punto más alto que corresponde a lo alcanzado entre 2010 y 2014. Al analizar detalladamente la Formación Bruta de Capital Fijo (FBKF) o Inversión interna en países desarrollados, se encuentra que su participación como porcentaje del PIB ha venido descendiendo, en tanto que las grandes economías construyeron una parte importante de la infraestructura económica para el desarrollo y una vez alcanzados

estos niveles no encuentran mayores beneficios en aumentar más allá sus tasas de inversión. Pese a ello, Colombia ha sido una de las economías más destacadas de la región, presentando buenos resultados en el crecimiento del PIB, junto a cambios ascendentes en la inversión, como los ocurridos entre 2010 y 2012 cuando la inversión aumentó en 40.8% (PND, 2015a).

En Colombia, los mecanismos de inversión o disponibilidad de capital, están dados a partir de los recursos destinados por el Gobierno para atender al sector salud, basándose en los preceptos de universalidad, y con especial énfasis dentro del régimen subsidiado. De otro lado, se encuentra el sistema contributivo en el que la asignación presupuestal para atención en salud se divide entre el empleador y el empleado. Además, existen otros regímenes excluidos y la afiliación al fondo de pensiones.

En el caso de la inversión privada en servicios de salud, esta tiende a concentrarse en los centros ambulatorios y especialmente en las IPS de alta capacidad resolutive, transformando el mercado laboral de alta tecnología al ser controlado predominantemente por el capital privado, a través de patrones diferenciales en los precios, que privilegian con mejor retribución los servicios con alto agregado tecnológico (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.-b).

Infraestructura (i.e., material, administrativa, científica, y tecnológica). En materia de infraestructura, las mediciones internacionales revelan que hay un amplio trabajo por hacer, puesto que la economía colombiana ocupa el puesto 93 en el mundo (FEDESARROLLO, 2013). Dicha situación explica el atraso en términos de productividad y competitividad de las empresas, puesto que la ausencia de infraestructura incluye lo material, administrativo, científico, y tecnológico.

Uno de estos obstáculos es la deficiente infraestructura en el sector transporte y logística, puesto que aumentan los costos y funcionan como un sobre arancel, disminuyendo la capacidad de que los productos compitan en el mercado internacional e incidiendo en otras problemáticas como la accidentalidad vial. De ahí, que se haya identificado la necesidad de

mejorar las condiciones de la superficie de rodadura de al menos 273 km de red nacional, 463 km de red secundaria, 3,800 km de placa huella, y 5,000 km de mantenimiento periódico.

Por estas razones, en la actualidad el Gobierno nacional trabaja en un programa de infraestructura vial denominado la Cuarta Generación de Concesiones (4G) y ha declarado la seguridad vial como política de Estado (PND, 2015b). Sin embargo, otros modos de transporte como el férreo y el fluvial también requieren de intervención, pues se han descuidado por la promoción de la movilización de carga por carreteras. De otro lado, la capacidad de carga y el mejoramiento de la calidad de los servicios aeroportuarios y portuarios también requieren ser ampliados (PND, 2015a).

Para esto, el Gobierno nacional promoverá la creación de instrumentos en materia de arquitectura institucional, con el fin de realizar labores de gestión y promover proyectos industriales y logísticos con inclusión social; además, de infraestructura básica para las plataformas logísticas e inversiones para la provisión de servicios como acueducto, saneamiento básico, energía, educación, salud, conectividad física o digital, entre otros (PND, 2015b).

En materia de infraestructura y servicios de las Tecnologías de Información y Comunicación, entre 2010 y 2014 se lograron grandes avances, representados en una cobertura del 96% de las cabeceras municipales a la red nacional de fibra óptica, la instalación de centros comunitarios de acceso a internet, y la asignación de subsidios a estratos 1 y 2 para conexión a internet. No obstante, aún se identifican brechas significativas en cuanto a acceso, uso y apropiación. Este último factor pareciera estar asociado con una baja cultura de las TIC. En este sentido, se requiere aunar esfuerzos para incentivar el uso y apropiación de las TIC, y así contribuir a solucionar los problemas de inequidad. Finalmente, al analizar el factor de la infraestructura, es importante comprender que los problemas de competitividad van desde la articulación del sistema de ciencia, innovación, y tecnología con las empresas privadas, hasta la eficiencia del sistema judicial. Por tanto, una estrategia

articulada de infraestructura y competitividad es necesaria para que Colombia pueda insertarse a la economía mundial con un crecimiento sostenido y, a su vez, se fomente el desarrollo humano, la integración, y la conectividad entre los territorios y la nación (PND, 2015a).

Servicios. La desmejora que registra el pilar de la salud y la educación, se ve reflejada en el descenso de su calificación de 5.3 a 5.2 , donde pasó de la posición 98 a la 105, lo que muestra el mal estado de los programas sociales del país (DNP, 2014). Con respecto a esta problemática, el Gobierno ha propuesto una estrategia denominada Sistema de Promoción Social (SPS), encaminada a fortalecer los servicios sociales (educación, salud, y turismo) para que respondan a las necesidades de la población, integrando diferentes intervenciones y una oferta de bienes y servicios sociales con estrategias de intervención que permitan cerrar las brechas sociales. En este sistema se habla de generar un acceso universal a salud, empleo, y seguridad social, así como de la dotación de infraestructura social para la promoción de la competitividad de los servicios, por ejemplo, a través del turismo de salud y la formación de capital humano en el personal de la salud (DNP, 2015a).

3.2.2 Condiciones de la demanda

Como determinante de las ventajas para competir de un país, es importante conocer la naturaleza de los clientes a través de tres atributos significativos que son: la naturaleza de las necesidades de los compradores, el tamaño y patrón del crecimiento de la demanda interna, y los medios que logran que las preferencias domésticas de una nación sean transmitidas a los mercados extranjeros (D'Alessio, 2015).

Con respecto a estos tres atributos, puede manifestarse que en Colombia, el consumidor nacional se encuentra cada día más globalizado. De ahí, la importancia de comprender las dinámicas de consumo en los ámbitos nacional y global en una sociedad de la información, pues en un mundo globalizado puede parecer que la demanda local tiene menos importancia. Sin embargo, las empresas más competitivas poseen una demanda local que se

encuentra entre las más desarrolladas en el ámbito internacional, puesto que el desarrollo de economías de escala y la calidad de la demanda interior permiten determinar las ventajas competitivas (Buitrago, 2008).

El país se ha caracterizado por la producción de bienes primarios y de consumo intermedio, rezagando los bienes elaborados con alto valor agregado que son los que aumentan el nivel de competitividad de un país. Por esta razón, para responder a las necesidades tanto del sector industrial manufacturero como el sector servicios, se requiere de la formación de capital humano, considerando la capacidad y las necesidades de la orientación productiva de Colombia. Así, se debe encaminar la demanda interna hacia la producción del país y no hacia los bienes importados, promoviendo incentivos al desarrollo de nuevas ideas y de empresas ligadas a la innovación, lo cual debe estar ligado al desarrollo de varios ciclos de economía a escala que permitan aumentar la calidad, bajar los precios, y aumentar la oferta productiva del país (Ávila & Jaramillo, 2015).

En el sector de la salud, la situación no es distinta, en tanto que la descentralización permitió que los municipios se convirtieran en el eje fundamental para el desarrollo y el aumento de la cobertura en los servicios prestados, mediante economías de escala que han permitido ampliar la cobertura y complejidad, a medida que es mayor la población local con unos costos unitarios menores. Sin embargo, la cobertura en términos de acceso no es satisfecha, pese a que la jurisprudencia existente garantiza el principio de cobertura universal; es decir, que esta debería garantizar que la demanda interna sea satisfecha en su totalidad, bajo principios de calidad y eficiencia. Pero existe un reto aun mayor y es la consecución de nuevas fuentes de recursos que enfrenten las presiones de gasto, generadas por la creciente demanda por nuevas tecnologías en salud, la transición demográfica, y las leyes estatutarias (“Competitividad y Generación”, s.f.).

Además, en el país se manifiesta un déficit importante en la oferta de prestadores de servicios de salud en Colombia y en la dotación humana para realizar actividades de promoción y prevención de enfermedades, lo que imposibilita el acceso a los servicios de salud y dificulta el cumplimiento del acceso universal plasmado en la Ley 100 de 1993 (Ayala, 2014).

En cuanto a la formalización empresarial hacia el sistema de seguridad social, este debe enfocarse en realizar campañas educativas, simplificar los trámites legales, y acompañar los procesos de formalización, con el fin de que más empresas vinculen a sus empleados a los servicios de salud y, por tanto, se aumente la demanda interna de estos servicios y se generen requerimientos de aumentar la productividad para atender esta demanda, desencadenando en que las IPS amplíen su cobertura a la par con el mejoramiento de su productividad (Acevedo, 2010).

3.2.3 Estrategia, estructura, y rivalidad de las empresas

Colombia, al estar enmarcada dentro del sistema de reformas a la salud, en los inicios de la década de los noventa, adoptó un modelo de competencia regulado por el Estado, en donde se estableció que tanto los aseguradores como los prestadores de servicio pueden ser de carácter privado o público, y que los ciudadanos tienen la libertad de elegir y movilizarse libremente dentro de las EPS e IPS de acuerdo con los regímenes establecidos. Es así que la competencia entre estas entidades se produce por el deseo de atraer y mantener el mayor número de usuarios, a través de redes de servicio apropiadas, y la atención y calidad de la prestación finalmente realizada (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.-a).

En consecuencia, con la aprobación de la Ley 100 de 1993, los mercados de servicio de salud surgieron desde un paradigma de la competencia entre los proveedores de productos o servicios, al asegurar que los recursos se asignen de manera eficiente. Desde este enfoque,

el crecimiento de una organización implica que cada día se desarrollen estrategias innovadoras y creativas que permitan ofrecer productos y servicios de valor (Beltrán, 2012). Sin embargo, en el caso de las EPS, la competencia en calidad no ha generado suficientes incentivos para garantizar que los mercados de aseguramiento operaran eficientemente y que las ganancias de eficiencia se reflejaran en un mayor bienestar de la sociedad (SIC, s.f.).

De esta manera, las instituciones prestadoras de servicios de salud se han caracterizado por una competencia que depende del entorno de desenvolvimiento y de las estrategias utilizadas como competidores. Así, los hospitales, al tener un contacto directo con el paciente, influyen explícitamente en los precios de los productos médicos ofrecidos, pues si bien la mayoría ofrece los cuidados básicos, existen otros que pueden estar especializados en el tratamiento de algunas enfermedades particulares. Entonces, al analizar la competencia, estas estrategias de especialización/diferenciación de los hospitales permiten que no solamente exista un enfoque de precios, sino que se contemplen otros factores como la calidad en la prestación de servicio, puesto que se espera que los servicios ofrecidos por las diferentes áreas de especialización médica no sean iguales. Otro motivo por el que los precios han perdido relevancia en la competencia entre IPS, es que los pacientes no pagan la totalidad del costo del tratamiento, sino que el costo es compartido con el asegurador (Bardey, 2013).

Además, es importante mencionar que el sistema de salud en el país se caracteriza por ser un oligopolio mixto, al combinar la red hospitalaria pública con clínicas privadas mediante el sistema de regulación del Gobierno. Por ejemplo, el hecho de que en el régimen subsidiado, las EPS se vean obligadas a contratar hasta un 60% de los procedimientos destinados a los usuarios con los hospitales de la red pública, puede distorsionar la competencia en el mercado hospitalario, pero permite a la vez financiar los hospitales públicos (Bardey, 2013).

Al respecto, existe un amplio debate sobre la relación entre la intensidad de la competencia y la calidad de los servicios hospitalarios, en el que se señala que la pugna en precios entre hospitales puede comprometer la calidad de los servicios ofrecidos o que la regulación al imponer precios pisos puede ser insuficiente para reembolsar los costos, incidiendo en el deterioro de la calidad del servicio (Bardey, 2013).

En ocasiones, el uso de estas prácticas ha desencadenado en prácticas de competencia desleal. Por ejemplo, las administradoras del régimen subsidiado (ARS) inciden directamente en el funcionamiento de este régimen al trasladar pacientes, haciendo uso de información no ajustada a la verdad y mediante la realización de prácticas que no están sujetas a una competencia justa (PARS, 2000).

En general, en los escenarios de aseguramiento privado o público, la competencia no se produce a través de precios, sino mediante la calidad, oportunidad, y cobertura de los servicios médicos que los pacientes - consumidores finalmente identifican que van a recibir, pues aunque el consumidor no siempre se encuentra en capacidad de analizar la relación entre prestadores y aseguradores, dada su función de maximización de la utilidad, tenderá a seleccionar los servicios médicos considerando los siguientes factores: instalaciones, idoneidad de los profesionales, tiempo de atención y de espera, y en todos los factores que asocie con su mejor bienestar (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.-a).

3.2.4 Sectores relacionados y de apoyo

Las entidades promotoras y las instituciones prestadoras de servicios de salud, tienen relación con varios agentes dentro del mismo sector de la salud y actúan bajo normativas establecidas desde políticas nacionales hasta políticas globales. Uno de estos agentes son los aportantes, quienes están constituidos por todos aquellos que realizan pagos al sector de la salud, desde las contribuciones parafiscales de los agentes o como parte integrante de la renta. De otro lado, del éxito de los proveedores depende del nivel de competitividad del sector

salud. Los proveedores de medicamentos entran en relación con los consumidores, los aseguradores, y los prestadores, al proveer los medicamentos necesarios. Pero, efectivamente, las agencias estatales guardan una estrecha relación, al definir las políticas bajo las cuales se deben regir estas organizaciones y desde el rol que desempeñan en la inspección, vigilancia, y control, con el fin de que se estén cumpliendo las ordenamientos y que en este proceder están contribuyendo de la manera prevista al cumplimiento de los objetivos del sistema (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.-a).

3.2.5 Influencia del análisis en las Entidades Promotoras e Instituciones

Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia

El Gobierno de Colombia ha diseñado una serie de estrategias con el fin de lograr un crecimiento económico; prueba de ello es el aumento en el ranking de competitividad, la puesta en marcha de las cinco locomotoras (vivienda, infraestructura, minería y petróleo, agricultura e innovación) durante el primer mandato del actual presidente Juan Manuel Santos y los tres propósitos planteados por su Gobierno (2014-2018), dirigidos a buscar la paz, la equidad, y la educación. Para llevar a cabo dichas metas, se han propuesto una serie de estrategias que están empezando a dar sus resultados. Actualmente, dado que los pilares son eminentemente sociales, dentro de la estrategia de movilidad social se contempla la salud, la educación, y el empleo, como políticas sociales de carácter complementario. Entre estas, destacan el aumento en la calidad y cobertura del sistema educativo y de salud (DNP, 2015a).

Sin embargo, como se puede inferir, el sector de la salud ha sido considerado de manera complementaria dentro de la innovación, la infraestructura, y como un servicio social, solamente a través de políticas que requieren implementarse. Así, las entidades que promueven y prestan los servicios de salud no han sido un objeto frecuente de preocupación del Gobierno, por lo cual lograr que estas organizaciones a nivel general creen ventajas competitivas resulta difícil, si bien algunas entidades prestadoras ya se destacan por el valor

agregado que ofrecen. Por esta razón, si las entidades actúan bajo una serie de principios estratégicos podrán contribuir a generar oportunidades dentro del sector salud.

3.3 Análisis del Entorno PESTE

Este análisis es de gran utilidad a la hora de comprender el crecimiento o descenso de un mercado. El análisis PESTE ayuda a examinar una determinada situación. En este caso, el estado actual de las Entidades Promotoras y Prestadoras de Servicios de Salud y cómo la identificación del análisis DOFA (debilidades, oportunidades, fortalezas, y amenazas) es importante para determinar la estrategia, posición, y dirección de la empresa frente a su ámbito actual (Correa, 2014).

3.3.1 Fuerzas políticas, gubernamentales, y legales (P)

Son las fuerzas con las cuales se determinan las reglas informales y no informales en una organización. Estas fuerzas también están relacionadas con su desarrollo de poder, con los planes relacionados, así como con la lucha de los intereses involucrados por las partes interesadas en la organización (D'Alessio, 2015).

Según Correa (2014), el sistema de seguridad social en Colombia ha sido controlado por leyes y normas que han venido rigiendo desde hace 20 años. La Ley 100 de 1993 fue el nuevo sistema implementado en remplazo del Sistema Nacional de Salud, mediante el cual se proporcionó un modelo que asegurara la salud, todo esto con la construcción de las Empresas Promotoras de Salud, las cuales debían asegurar los riesgos que los colombianos podrían tener. En este caso, las personas que trabajaran harían un aporte para poder asegurar su salud (Régimen contributivo) y para aquellas que no tenían cómo aportar, puesto que no tenían ingresos laborales, el Estado aportaría los recursos (Régimen subsidiado).

La Ley 100 (1993), si bien ha dado mayores beneficios a personas de bajos recursos, también ha sido criticada debido a que viola la ética profesional de los especialistas en la salud, al imponerles tiempos y los tipos de medicamentos que deben recetar; además, la negligencia en los servicios que se prestan en las entidades promotoras de la salud han hecho

que esta ley sea tema de debates frecuentes. También es importante mencionar que han surgido varias leyes, decretos y normas a partir de su implementación, lo que denota el inestable marco regulatorio y legal.

3.3.2 Fuerzas económicas y financieras (E)

Según D'Alessio (2015), las fuerzas económicas y financieras son aquellas que determinan las tendencias macroeconómicas, las condiciones de financiamiento, y las decisiones de inversión.

El gasto de la salud cambia con el PIB. Según las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2010 Latinoamérica tuvo un gasto en la salud alrededor de 7.4% del PIB y los EE.UU. y Canadá de 14.3% del PIB. Estos datos son fundamentales para evaluar las posibles consecuencias en el crecimiento económico que le espera a Colombia considerando la inversión de los regímenes contributivo y subsidiado (FEDESARROLLO, 2012). Para obtener mayores beneficios en la salud, es importante que el PIB aumente, puesto que con esto los ingresos del país aumentarán y se podrán brindar mejores servicios. Además, los regímenes contributivo y subsidiado se verán favorecidos debido a que su crecimiento económico será satisfactorio. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2010), es importante conocer la Unidad de Pago por Capitación (UPC), en la medida que reconoce para cada uno de los afiliados al SGSSS, el valor para cubrir las prestaciones del POS en los regímenes contributivo y subsidiado.

De acuerdo con el Decreto 2353, artículo 38 del 3 de diciembre de 2015 y la Resolución 5593 del 24 de diciembre de 2015, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social, sobre el pago de salud para los afiliados adicionales, se dan a conocer los valores de la UPC adicional, de acuerdo con la edad, el sexo, y la zona de residencia de los afiliados; estos empezaron a regir a partir del primero de enero de 2016 (Nueva EPS, 2016) y se pueden visualizar en la Tabla 5.

Tabla 5

Valores de Unidad de Pago por Capitación (UPC) Adicional para 2016 (\$COP)

Grupo etario	Grupos de edades	Valor zona normal (mes)	Valor zona especial (mes)	Valor ciudades. Capitales, municipios conurbanos (mes)	San Andrés Providencia y Santa Catalina
1	Menores de un año	189,600	208,400	208,100	260,700
2	De 1 a 4 años	62,300	68,300	68,200	85,100
3	De 5 a 14 años	23,100	25,200	25,200	31,100
4	De 15 a 18 años	22,100	24,100	24,100	29,700
5	De 15 a 18 años	33,700	36,900	36,900	45,800
6	De 19 a 44 años	37,700	41,300	41,300	51,300
7	De 19 a 44 años	68,300	74,900	74,800	93,400
8	De 45 a 49 años	67,500	74,100	74,000	92,400
9	De 50 a 54 años	85,600	93,900	93,800	117,200
10	De 55 a 59 años	104,200	114,400	114,200	142,900
11	De 60 a 64 años	133,500	146,600	146,400	183,300
12	De 65 a 69 años	165,500	181,900	181,600	227,500
13	De 70 a 74 años	198,200	217,800	217,500	272,500
14	De 75 y más años	248,500	273,200	272,800	342,000

Nota. Tomado de “Valores de Unidad de Pago por Capitación (UPC) Adicional 2016,” por Nueva EPS, 2016. Recuperado de <http://www.nuevaeps.com.co/Normatividad/ValoresUPC.aspx>

Zona normal: todos los municipios del país a excepción de los registrados como zona especial o grandes ciudades, conurbados y archipiélago, y San Andrés.

Zona especial: comprende los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, Sucre, Vaupés, Vichada, y la región de Urabá. Se exceptúan las ciudades de Arauca, Florencia, y Yopal con sus respectivas áreas de influencia. Las ciudades de Riohacha, Sincelejo, y Villavicencio se reconocerán como grandes ciudades y conurbados.

Grandes ciudades y conurbados: comprende las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Barranquilla, Bello, Bogotá, D.C., Bucaramanga, Buenaventura, Buga, Cali, Cartagena, Cartago, Dosquebradas Cúcuta, Floridablanca, Ibagué, Itagüí, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar, y Villavicencio.

San Andrés, Providencia, y Santa Catalina.

3.3.3 Fuerzas sociales, culturales, y demográficas (S)

Estas fuerzas son las que se refieren a las creencias, opiniones, estilos de vida, y valores desarrollados a partir de las condiciones sociales, culturales, demográficas, étnicas, y religiosas que existen en el entorno de una organización (D'Alessio, 2015). En la Tabla 6 se visualizan las principales variables sociales, culturales, y demográficas, según la clasificación realizada por D'Alessio (2015), y posteriormente se analizan las más relevantes para abordar el planeamiento de las entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios de salud.

Tabla 6

Principales Variables Sociales, Culturales, y Demográficas

Principales	Secundarias
Tasa de crecimiento poblacional	Tasa de mortalidad
Tasa de desempleo y subempleo	Tasa de inmigración y emigración
Incidencia de la pobreza	Responsabilidad social
Nivel promedio de educación	Conflictos sociales y religiosos
Estilos de vida de la población	Actitud hacia la globalización

Nota. Tomado de “El Proceso Estratégico: Un Enfoque de Gerencia (3a ed.),” por F. A. D’Alessio, 2015, p. 116. México D.F., México: Pearson.

Tasa de crecimiento poblacional. La tasa de natalidad y la tasa de mortalidad son los dos componentes que se usan para evaluar la tasa de crecimiento poblacional. La tasa de natalidad depende de muchos factores, entre ellos, de la economía, la educación, etc., y la tasa de mortalidad depende de los recursos con los que se cuentan, la salud, puesto que en Colombia las personas que se encuentran en el régimen subsidiado carecen de recursos e ingresos que le permitan tener una mejor calidad de vida, por esta razón es que están más expuestas a contraer enfermedades graves o a morir.

En 2015 se reportaron 645,500 nacimientos, 51,4% correspondió a hombres, el 48.6% a mujeres, y el 0.002% a sexo indeterminado, lo cual quiere decir menores intersexuales o con genitales ambiguos. En este mismo año, las defunciones registradas fueron de 202,199, las cuales fueron no fetales. El 54.6% de los fallecidos fueron hombres (110,444) y el 45.4% fueron mujeres (91,733) y el 0.01% fueron de sexo indeterminado (22) (DANE, 2016c). El crecimiento de la población en muchos casos no es bueno, puesto que los recursos naturales se ven seriamente afectados, y además, hay mayor incremento en la contaminación, etc.

Tasa de desempleo y subempleo. En junio de 2016, se crearon 194,000 empleos en comparación con el mismo de 2015. En junio, la tasa de desempleo fue de 8.9% con una tasa de participación de 64.65% y una ocupación de 58.80%, “altas y estables”, según el DANE (como se citó en “Durante Junio”, 2016). El subempleo se divide en dos: el subempleo subjetivo, que es en el que el trabajador manifiesta su deseo de mejorar los ingresos que

recibe, el número de horas trabajadas, o que busca desempeñarse en un empleo más acorde a sus competencias personales. Y el subempleo objetivo, que es aquel en el que el trabajador tiene el deseo, pero ha avanzado un paso más realizando una gestión con la cual se puede concretar su aspiración, además de estar conformes con realizar un cambio (Saldarriaga, 2016). Tanto en enero de 2016 como de 2015, la tasa de subempleo subjetivo 28.3% y 27.1% respectivamente, fue superior a la tasa de subempleo objetivo 10.5% y 11.2% respectivamente (ver Figura 8).

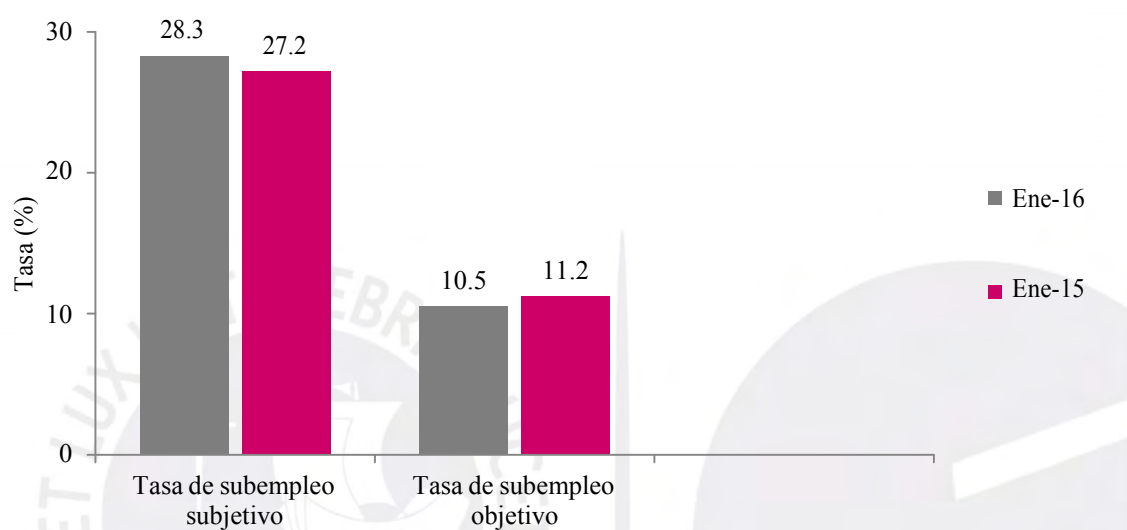


Figura 8. Tasa de subempleo subjetivo y objetivo. Tomado de “Investigaciones Actualizadas: Índices de Precios al Consumidor (IPC) [Indicadores Coyunturales],” por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2016d, p. 9. Bogotá, Colombia: Autor.

Incidencia de la pobreza. En 2014 y 2015, un total de 171,000 colombianos dejaron de ser pobres, esta cifra representó una reducción en el indicador de pobreza monetaria de 0.7%, la cual pasó de 28.5% a 27.8%, según el DANE. Esta cifra lo que quiere decir es que una familia que reciba ingresos entre el salario mínimo que es de \$689,454 COP y los \$894,552 COP se considera dentro de la línea de pobreza. Las familias que reciban ingresos de menos de \$408,436 COP están consideradas como personas de extrema pobreza (“Un Total”, 2016). A pesar de los grandes recursos naturales con los que cuenta Colombia, la pobreza sigue siendo uno de los principales problemas del país, esto quizá debido a la falta de

oportunidades para las personas que no tienen un buen nivel de estudios, la falta de empleos o la competencia en la búsqueda de los mismos.

La incidencia de pobreza monetaria por dominio entre los años 2002 a 2015 se puede observar en la Figura 9, la cual muestra cómo la pobreza ha ido aumentando a lo largo de los años.

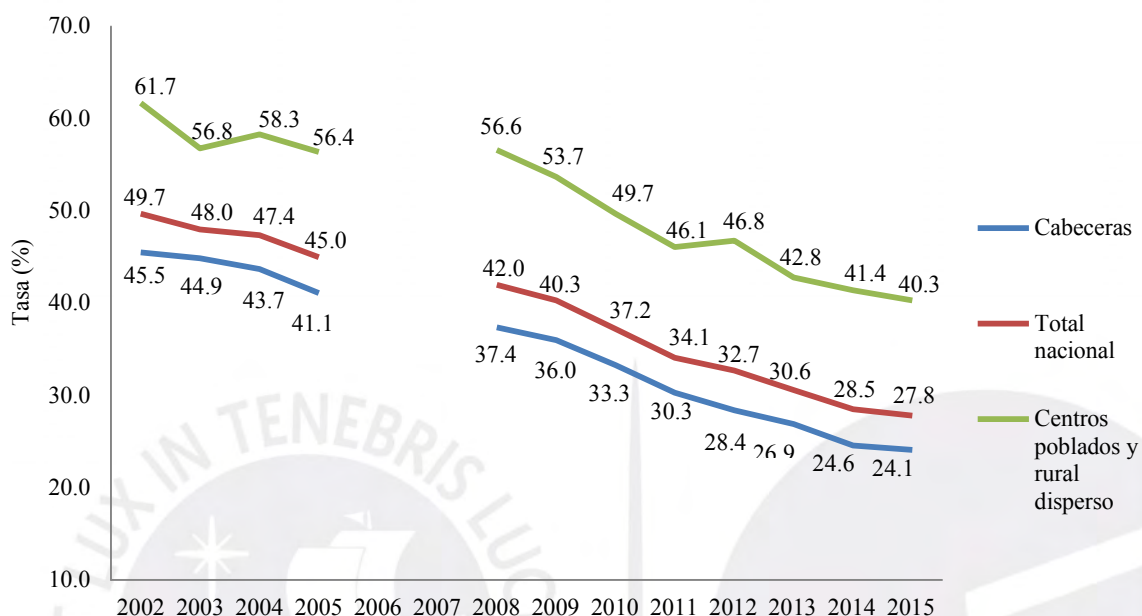


Figura 9. Incidencia de la pobreza por dominio 2002-2015.

Tomado de “Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia 2015 (Boletín Técnico),” por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2016e, p. 1. Bogotá, Colombia: Autor.

Esta variable permite explicar el potencial de acceso de las personas a la salud e intuir las condiciones de vida que repercuten en su estado de salud. Por lo cual, es posible analizar la dinámica en los regímenes de aseguramiento, principalmente el régimen subsidiado, donde se encuentran asegurados las personas con menor capacidad de pago al sistema de salud.

Nivel promedio de educación. Si bien es cierto que en los últimos años se han creado mayores oportunidades para poder estudiar, una gran cantidad de colombianos no han tenido la posibilidad de realizar estudios a nivel superior. En varios casos, el nivel promedio de educación no va más allá del bachillerato, esto debido a la falta de interés por avanzar en conocimientos, la falta de tiempo o lo que es más preocupante, la falta de recursos económicos que le permitan a una persona seguirse preparando.

En departamentos como Guainía, San Andrés, Vichada, y Córdoba, se presentan niveles bajos de menores que ingresan a la vida escolar. Es alarmante que los escolares, particularmente en secundaria, vean truncada la posibilidad de construir un mejor futuro. En 2014, el porcentaje de permanencia en primaria de un escolar fue del 96%, mientras que en secundaria fue de 67%, lo cual claramente indica que la deserción escolar afecta más a los estudiantes de secundaria, según el Ministerio de Educación (como se citó en Sánchez, 2016). En materia de capacitación del recurso humano para la salud, constituye una amenaza en tanto que no se incentiva la gestión del conocimiento, la investigación, el desarrollo, y la innovación.

3.3.4 Fuerzas tecnológicas y científicas (T)

En cuanto al presupuesto para la ciencia y la tecnología, Colombia es el país de Latinoamérica con menor presupuesto estatal, con tan solo el 0.5% de su PIB. Venezuela es el país con mayor presupuesto para este fin con 2% de su PIB, luego está Brasil con el 1.3%, y Chile con el 1%. Los ingresos que Colombia recibe para la ciencia y la tecnología se usan para la capacitación y la formación de investigaciones, además de la investigación misma. Por estas inversiones, en muchas ocasiones el capital asignado a los proyectos se ve disminuido (Rodríguez, s.f.). Colombia es un país con factores que lo afectan para lograr alcanzar más avance en la ciencia y la tecnología, estos factores son: la pobreza, la educación, disponibilidad de recursos, entre otros. Se espera que para el año 2020 el país haya hecho un avance en este campo que le permita avanzar.

3.3.5 Fuerzas ecológicas y ambientales (E)

Las fuerzas ecológicas y ambientales son impulsadas por instituciones que trabajan por preservar el equilibrio del ecosistema del planeta (D'Alessio, 2015). En los últimos años, Colombia ha tenido un preocupante deterioro ambiental, acelerándose la deforestación y la contaminación hídrica; esto debido a la irresponsabilidad de las empresas que no tienen un control del manejo de los residuos que producen; asimismo, los residuos domésticos y las actividades agropecuarias y mineras también han generado una creciente contaminación de

las aguas. La falta de conciencia por parte de la misma ciudadanía ha llevado al país a tener que enfrentar de forma más fuerte el caos en las calles, puesto que se arrojan desechos y toda clase de productos inservibles por donde mejor les parece.

Actualmente, en diversas partes del mundo se sensibiliza sobre la necesidad de cuidar el medio ambiente, puesto que es necesario desacelerar el calentamiento global del planeta, que ha llevado a que los glaciares y nieves perpetuas vayan desapareciendo, lo que afecta el ecosistema de los países en donde se encuentran. Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el cambio climático ocasionará consecuencias negativas en un recurso altamente valioso como el agua (Ramírez, Reza, Romero, & Torres, 2013). Para que se logre contrarrestar el calentamiento global y la contaminación del planeta es importante que cada país, de manera individual, establezca políticas que ayuden a disminuir de forma significativa el acelerado deterioro del planeta, y de esta manera se podrá incidir en el mejoramiento de la salud.

3.4 Matriz Evaluación de Factores Externos (MEFE)

En la Tabla 7 se puede apreciar la Matriz de Evaluación de Factores Externos (MEFE), cuyo propósito es crear una lista definida de las oportunidades que podrían beneficiar a las entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios de salud, así como evidenciar las amenazas que se deben evitar. La calificación obtenida finalmente indica la efectividad en las estrategias que están siguiendo estas organizaciones y sirve como referente para responder excelentemente a las oportunidades y neutralizar las amenazas del entorno existente en este tipo de organizaciones (D'Alessio, 2015).

En el análisis realizado, se identificaron los factores claves de éxito, los cuales se dividen en siete oportunidades y siete amenazas. En general, el puntaje obtenido para las entidades promotoras y prestadoras de servicios de salud es de 2.51, por encima del valor promedio de 2.5, lo que indica que se deben aprovechar con eficacia las oportunidades y minimizar el potencial de las amenazas.

Tabla 7

Matriz Evaluación de Factores Externos de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia

Factores determinantes de éxito	Peso	Valor	Ponderación
Oportunidades			
O1. Demanda insatisfecha por la cobertura y calidad de los servicios.	0.08	2	0.16
O2. Mejoramiento en el nivel de servicios ofrecidos por las entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios de salud.	0.10	3	0.30
O3. Mayor demanda ocasionada por los cambios demográficos.	0.08	2	0.16
O4. Ley de aseguramiento universal que afilia a los regímenes contributivos y subsidiados según su capacidad de pago.	0.05	3	0.15
O5. Prestigio de las EPS e IPS.	0.07	2	0.14
O6. Existencia de la libre competencia bajo un modelo regulado por el Estado y asociaciones para prestar el servicio (Entidades privadas y públicas).	0.09	3	0.27
O7. Crecimiento del mercado de turismo de salud.	0.05	4	0.20
Subtotal	0.52		1.38
Amenazas			
A1. Competencia desleal	0.08	1	0.08
A2. Entidades promotoras e instituciones prestadoras que buscan precios bajos y afectan la calidad en los servicios.	0.09	2	0.18
A3. Falta de infraestructura física y tecnológica dentro de las instalaciones donde se prestan los servicios de salud.	0.07	3	0.21
A4. Escasez de recursos humanos, por la ausencia de capacitación permanente y la baja participación de ciencia e innovación dentro de la prestación de servicios de salud.	0.08	3	0.24
A5. Marco legal y regulatorio cambiante	0.05	3	0.15
A6. Existencia de otras organizaciones prestadoras de servicios diferentes a EPS e IPS	0.05	3	0.15
A7. Deficiente promoción y prevención de enfermedades por parte de las entidades promotoras de salud	0.06	2	0.12
Subtotal	0.48		1.13
Total	1.00		2.51

Nota. 4= La repuesta es superior; 3= La respuesta está encima por el promedio; 2= La respuesta está en el promedio; 1= la respuesta es pobre.

3.5 Las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia y sus

Competidores

Para poder hacer un análisis competitivo, fijar la estructura y atractividad de la industria en la cual se enfrenta, y desarrollar habilidades para muchas industrias, se necesita implementar el modelo de las cinco fuerzas de Porter (D'Alessio, 2015).

3.5.1 Poder de negociación de los proveedores

El seguro de salud debe ser compulsorio, los proveedores de salud deben tener autonomía administrativa, y los usuarios a los que se les presta el servicio están en su derecho de escoger el proveedor de salud que deseen, y de cambiarse de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en una IPS. Un usuario puede hacer un traslado voluntario a partir de un año de afiliado, esto según los reglamentos del Ministerio de la Protección Social. Todo esto fue determinado por el artículo 153 de la Ley 100 (como se citó en Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas [ACHC], s.f.-a).

Es fundamental conocer que los directos implicados son los usuarios, las aseguradoras de empresas promotoras de salud, EPS; instituciones prestadoras de salud, IPS; proveedores de material, reactivos, medicamentos y equipos médicos; médicos independientes; el Gobierno central y los Gobiernos locales. Los proveedores con los que cuenta Colombia son numerosos. Existen proveedores para el sector salud que ayudan al correcto funcionamiento y servicio de las EPS. Estos proveedores son los que proporcionan insumos tales como los medicamentos, los profesionales de la salud, instrumental quirúrgico, dotación de insumos médicos, entre otros (Bermúdez et al., 2011). Los proveedores de la salud son pocos, dado que tienen que cumplir con una serie de parámetros y directrices que deben de ser acatadas para poder cumplir con las exigencias requeridas.

La integración vertical en el sistema de salud colombiano que prevalece es incompleta, esto se debe a que no hay un vínculo entre productor y consumidor. Esto más bien se da entre cinco clases de agentes en los que se encuentran: (a) los consumidores, los cuales son los que usan los servicios; (b) los proveedores de primera línea, que son aquellos con los que el consumidor entra en contacto directo; (c) los proveedores de segunda línea, que son a los cuales los pacientes acuden por orden de los anteriores y prestan los servicios ofrecidos; (d) los Gobiernos, que regulan la atención en salud; y (e) las aseguradoras que afilian a los usuarios (Restrepo, Lopera, & Rodríguez, 2007).

En Colombia, los servicios de salud por parte de las IPS están en un constante desorden, problema que se presenta particularmente entre instituciones públicas y privadas. Esto se debe a que no existe un compromiso en el cual se ofrezcan mejores servicios, y a la calidad en la atención de los usuarios del régimen contributivo y subsidiado. Según Sarmiento, Castellanos, Nieto, Alonso, y Pérez (como se citó en FEDESARROLLO, 2012):

Los proveedores privados se concentran en responder a la demanda de la población sin importar su localización geográfica o su nivel de atención, mientras que las instituciones de carácter público deben garantizar el servicio según las necesidades de la población de referencia. (p. 65)

Esta situación es algo preocupante puesto que las áreas más apartadas se ven seriamente perjudicadas, debido a que los insumos necesarios para la atención médica son más difíciles de proporcionar (FEDESARROLLO, 2012).

3.5.2 Poder de negociación de los compradores

Las EPS no son del mismo tamaño y los usuarios pueden variar en cantidad, por ello y otras razones, el poder de negociación de los compradores obtiene resultados bajos. Entre las razones o elementos que componen esta fuerza de mercado están (Bermúdez et al, 2011):

- Grado de concentración: Calificación: Media baja. Las personas pueden acceder por su propia voluntad a la afiliación en la EPS que deseen, de igual manera una persona al ingresar a laborar en una empresa, recibe por parte de esta la afiliación al sistema de seguridad social integral y, por ende, al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La calificación media baja se debe a estos dos aspectos mencionados anteriormente puesto que una persona o bien puede afiliarse por su propia cuenta o por parte de una empresa; aunque la primera es la más frecuente.
- Importancia del proveedor para el comprador: Calificación: Media baja: Es importante resaltar que entre las IPS y los usuarios no puede existir ningún intermediario, por esta razón es que los usuarios de las EPS son los últimos consumidores. Debido a que existen

varias EPS que se encargan de prestar el mismo o similar servicio, para el comprador una EPS en especial no se convierte en parte vital, puesto que existen otras que a un precio similar les puede brindar un servicio comparable e incluso mejor.

- Grado de hacinamiento: Calificación baja: Al ser muchos los compradores con necesidades similares, el grado de hacinamiento tiende a aumentar. Aunque existen variedad de enfermedades de una persona a otra, lo cual lleva a que requiera servicios especiales para cada uno, lo cierto es que el poder de negociación de los compradores es bajo, puesto que el hacinamiento es alto.
- Información del comprador sobre el proveedor: Calificación: Inexistente: Un usuario no conoce nada o casi nada los procedimientos que se ejecutan para la buena marcha de la EPS. Sin embargo, al usuario, en la gran mayoría de los casos, le interesa que el servicio sea el mejor.

3.5.3 Amenaza de los sustitutos

Este aspecto es común, puesto que los usuarios, al no recibir un servicio oportuno de las EPS, prefieren en varias ocasiones pagar citas con medicina alternativa, médicos particulares, IPS, o entidades prepagadas. Según Porter (1997), utilizar un sustituto en diversos casos puede ser una mayor desventaja, debido a que los costos son mayores a los que presta una EPS; lo cierto es que ante las negligencias en los servicios de salud, los clientes prefieren pagar sustitutos que les brinden en menor tiempo y con más diligencia los servicios de salud.

3.5.4 Amenaza de los entrantes

La amenaza de los entrantes en el negocio de la salud depende de diversos aspectos, entre los cuales el enfrentamiento con los competidores existentes es el más relevante, puesto que se empieza a crear una mayor competencia en los precios, servicios, tiempo de entrega, en la calidad, entre otros, lo cual lleva a que una empresa que no cuente con estrategias sólidas se vea seriamente afectada en su economía y participación en el mercado. Según

Cuadros y Duarte (2004), la localización geográfica, las inversiones de capital, el acceso a proveedores de materias primas, la inversión de capital, la curva de aprendizaje o experiencia, la diferenciación del producto o servicio, y las economías de escala, son barreras que afectan el sector de control de calidad externo. Es por ello que se deben establecer medidas que permitan fortalecer su permanencia en el mercado.

3.5.5 Rivalidad de los competidores

Cuando una empresa entra a competir en un mercado en el cual los competidores ya tienen una amplia trayectoria, tiene que estar preparada para hacer campañas publicitarias, emplear estrategias para poder vender su producto, invertir capital, enfrentarse por los precios, y estar pendiente de las promociones. Según Baena, Sánchez, y Montoya (2003), la rivalidad de los competidores según el modelo de Porter es el elemento más importante. Las empresas emplean ampliamente este elemento para llevar a cabo sus tareas y tener estabilidad en el ámbito empresarial, además de adquirir posicionamiento para la competencia con los demás rivales del sector. Es importante resaltar que si en un sector se presenta una alta demanda, este no es competitivo. Lo contrario sucede si el sector tiene poca demanda, puesto que hay más oportunidades de crecimiento económico y posicionamiento en el mercado. Según Bermúdez et al. (2011), la rivalidad de las entidades prestadoras de salud (EPS) es alta, debido a que sus costos son elevados y, por ende, la competencia entre los precios se hace presente, su grado de concentración es alto, el mercado al ser limitado presenta un crecimiento lento, y al ser limitado hace que haya un alto grado de hacinamiento.

3.6 Las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia y sus Referentes

Al analizar el funcionamiento de las entidades dedicadas a la prestación de servicios de salud, se pueden tomar como referencia algunos hospitales en el ámbito latinoamericano, evaluados en un ranking en el que están como variables la seguridad y dignidad del paciente, el capital humano, la capacidad de los hospitales, la gestión del conocimiento, el prestigio, los

índices de calidad, la eficiencia, y la publicación de resultados. Es importante mencionar que allí se destacan varias instituciones colombianas, aunque por debajo del hospital Albert Einstein de Brasil y la Clínica Alemana de Santiago de Chile, quienes ocupan el primer y segundo lugar respectivamente (*América Economía*, 2015).

Además, el modelo de salud de Singapur podría ser considerado como referente, pues la aseguración establecida por el Gobierno vía contribución de los trabajadores y sus empleadores como porcentaje de sus salarios, incide en el manejo de los precios y la atención en salud. De la misma manera, las instituciones prestadoras de servicios de salud son reconocidas por el nivel de calidad y aplicar bajos costos. Por supuesto que todo esto ha ido acompañado de una activa participación del Gobierno en materia de intervención, la transparencia de las entidades aseguradoras para diversos casos, servicios de atención de las redes de hospitales, y todo un sistema de salud que ha logrado revolucionar al país en poco tiempo de implementación debido a sus bajos costos y alta calidad en consultas con médicos generales, atención de urgencias y accidentes, especialistas y hospitalización, entre otros. Estos factores de éxito han logrado que Singapur sea en la actualidad uno de los países con mejores resultados en indicadores de salud generalmente aceptados, pese a que el gasto en sanidad es muy inferior al de la mayoría de los países con rentas altas (Haseltine, 2015).

Para describir el análisis competitivo de las EPS e IPS, la Tabla 8 presenta 10 aspectos que sirven para medir el nivel de competitividad de las entidades prestadoras de servicios de salud. Estos factores fueron analizados detallando el estado actual, con el fin de elaborar estrategias según la naturaleza competitiva presente en el sector de la salud. Posteriormente se presenta una hoja de trabajo denominada el análisis de atractividad de las entidades promotoras y prestadoras de servicios de salud en Colombia (ver Tabla 9), que al igual que el análisis competitivo, sirve de base para las posibles estrategias que pueden implementar estas entidades para obtener una mejor posición dentro del sector salud.

Tabla 8

Análisis Competitivo de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia

1. Tasa de crecimiento potencial de la industria (en términos reales)

0% - 3% _____	6% - 9% <u>X</u>	12% - 15% _____	18% - 21% _____
3% - 6% _____	9% - 12% _____	15% - 18% _____	>21% _____

2. Facilidad de nuevas empresas en la industria

Ninguna barrera	_____ : _____ : <u>X</u> : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Virtualmente imposible de entrar
-----------------	--	----------------------------------

3. Intensidad de competencia entre empresas

Extremadamente competitivo	_____ : _____ : <u>X</u> : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Casi ninguna competencia
----------------------------	--	--------------------------

4. Grado de sustitución del producto

Muchos sustitutos	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : <u>X</u> : _____ : _____	Ningún sustituto disponible
-------------------	--	-----------------------------

5. Grado de dependencia en productos (bienes y servicios) y complementarios o de soporte

Alta dependencia	_____ : _____ : <u>X</u> : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Virtualmente independiente
------------------	--	----------------------------

6. Poder de negociación de los consumidores

Consumidores establecen términos	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : <u>X</u> : _____ : _____	Productores establecen términos
----------------------------------	--	---------------------------------

7. Poder de negociación de los proveedores

Proveedores establecen términos	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : <u>X</u>	Compradores establecen términos
---------------------------------	--	---------------------------------

8. Grado de sofisticación tecnológica en la industria

Tecnología de alto nivel	_____ : _____ : <u>X</u> : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Tecnología muy baja
--------------------------	--	---------------------

9. Régimen de innovación en la industria

Innovación rápida	_____ : _____ : <u>X</u> : _____ : _____ : _____ : _____ : _____	Casi ninguna innovación
-------------------	--	-------------------------

10. Nivel de capacidad gerencial

Muchos gerentes muy capaces	_____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : <u>X</u>	Muy pocos gerentes capaces
-----------------------------	--	----------------------------

Nota. Adaptado de "Strategic Management: A Methodological Approach (4th ed.) [Dirección Estratégica: Un Enfoque Metodológico]," por A. Rowe, A., R. Mason, K. Dickel, R. Mann, y M. Mockler, 1994. New York, NY: Addison-Wesley.

Tabla 9

Análisis de la Atractividad de las Entidades Promotoras y Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia

Factor	Impulsor	Puntaje (0-10)
Potencial de crecimiento	Aumentando o disminuyendo	6
Diversidad del mercado	Número de mercados	8
Rentabilidad	Aumento, estable, de crecimiento	8
Vulnerabilidad	Competidores, inflación	7
Concentración	Número de participantes	5
Ventas	Cíclicas continuas	7
Especialización	Enfoque, diferenciación, único	6
Identificación de marca	Facilidad	7
Distribución	Canales, soporte requerido	8
Política de precios	Efectos de aprendizaje, elasticidad, normas de la industria	4
Posición de costos	Competitivo, bajo costo, alto costo	7
Servicios	Oportunidad, confiabilidad, garantías	7
Tecnología	Liderazgo, ser únicos	7
Integración	Vertical, horizontal, facilidad de control	8
Facilidad de entradas y salidas	Barreras	8
Total		103

Nota. Adaptado de “Strategic Management: A Methodological Approach (4th ed.) [Dirección Estratégica: Un Enfoque Metodológico],” por A. Rowe, A., R. Mason, K. Dickel, R. Mann, y M. Mockler, 1994. New York, NY: Addison-Wesley.

3.7 Matriz Perfil Competitivo (MPC) y Matriz Perfil Referencial (MPR)

La matriz perfil competitivo indicada en la Tabla 10, identifica a los principales competidores tanto para las empresas promotoras como para las instituciones prestadoras de servicios de salud. Asimismo, señala la situación en la que se encuentran estas organizaciones frente a sus competidores (D’Alessio, 2015).

Esta matriz dispone de 10 factores claves de éxito que ubican en primer lugar a las entidades promotoras y prestadoras de servicio con un puntaje de 2.95. Probablemente, esta

situación pueda atribuirse al mayor acceso a la cobertura y capacidad de pago de las personas, entre otros factores. Y seguidamente, se encuentra la medicina privada con un puntaje de 2.86, y con un estrecho margen le siguen a continuación los médicos particulares con 2.81 puntos.

Las mayores fortalezas se dan en la accesibilidad a los servicios de salud medidos desde el acceso a atención y cobertura universal, en la cual Colombia ha venido trabajando para ampliar este indicador. También se destaca como fortaleza, la capacitación del recurso humano empleado y la calidad empleada en la prestación de servicios. Sin embargo, si bien los puntajes arrojados en estos factores son los más altos con respecto a los 10 principios de éxito, al compararse con la medicina prepagada y los médicos particulares, se tiene una percepción de mejor calidad de estos prestadores de servicios.

Como debilidades se encuentra el crecimiento y alto grado de sofisticación de la demanda, en tanto que no se cuenta con las capacidades para prestar los servicios ante una demanda cada vez más globalizada y la aparición de nuevos agentes que tienen bien consolidados unos factores de éxito. Además de la percepción de bajo apoyo y regulación del Estado, que se refleja en la ausencia de infraestructura física y moderna. Estas debilidades son oportunidades de mejora ante el predominio de una demanda que reivindica el derecho a la salud en las entidades asociadas a la salud y debido a la buena percepción de algunas de sus instituciones dentro de Latinoamérica.

Estas debilidades pueden fortalecerse a través de un planeamiento estratégico para las entidades promotoras y prestadoras de servicios de salud, al desarrollar estrategias encaminadas en convertirlas como verdaderos factores claves de éxito.

Para la construcción de la matriz perfil referencial mostrada en la Tabla 11, se analizó la información de dos de las principales clínicas de Latinoamérica ubicadas en Brasil y Chile,

y a grandes rasgos, el funcionamiento de los sistemas de salud en dichos países. En esta misma línea de ideas, se analizó el funcionamiento del sistema de salud de Singapur, con énfasis en el papel de las instituciones prestadoras de servicios y algunas aseguradoras que funcionan para casos específicos de atención en salud. En este caso, los resultados obtenidos en una política de bajos costos y alta calidad para el sector de la salud deben tomarse como referentes en la formulación de estrategias, puesto que el modelo de salud de Singapur en tan poco tiempo ha mostrado avances sorprendentes. De esta manera, el puntaje de 3.69 para el caso asiático indica que el Estado colombiano ha respondido eficientemente neutralizando las debilidades y aprovechando las ventajas de sus fortalezas.

Para el caso de Chile, no es extraño observar los resultados arrojados, en tanto que se corrobora que el país ha logrado importantes avances para lograr el acceso universal y la atención de servicios de salud, a cargo del sector privado, lo cual ha tenido resultados magníficos al presentar los mejores indicadores de salud de Latinoamérica (Becerril, Reyes, & Annick, 2011).

Brasil y Colombia demuestran que se está avanzando en estos indicadores. En Brasil, se han manifestado impactos positivos con la ampliación de la oferta de servicios, el aumento de la participación popular, y políticas de innovación (Becerril, Medina, & Aquino, 2011), mientras que en Colombia, según *América Economía* (2015), se han ido formulando una serie de estrategias que han consolidado a algunas instituciones prestadoras de servicios como referentes en calidad y prestación de servicios, como lo señala el ranking de las mejores clínicas y hospitales de Latinoamérica.

Sin embargo, los resultados distan mucho del caso de Singapur y de algunas fortalezas del caso chileno, que deben tomarse como referencia si se quieren proyectar estrategias basadas en modelos de éxito.

Tabla 10

Matriz Perfil Competitivo de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia

Factor clave de éxito	Peso	Entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios de salud		Medicina alternativa		Médicos particulares		Medicina prepagada	
		Valor	Ponderación	Valor	Ponderación	Valor	Ponderación	Valor	Ponderación
1. Prestigio de los agentes prestadores de servicios y del personal médico	0.08	3	0.24	1	0.08	4	0.32	4	0.32
2. Calidad en la prestación de servicios	0.15	3	0.45	3	0.45	4	0.6	4	0.60
3. Accesibilidad (atención y cobertura de la población)	0.12	4	0.48	2	0.24	1	0.12	1	0.12
4. Uso de tecnología moderna para la prestación de servicios	0.10	2	0.20	2	0.2	3	0.30	3	0.30
5. Infraestructura física moderna y cómoda	0.06	2	0.12	2	0.12	3	0.18	3	0.18
6. Aumento de la oferta de servicios y atención de diversas especialidades en la atención hospitalaria	0.10	3	0.3	3	0.30	3	0.30	3	0.30
7. Apoyo y regulación del Estado	0.08	2	0.16	1	0.08	1	0.08	1	0.08
8. Condiciones de libre competencia	0.09	3	0.27	3	0.27	2	0.18	2	0.18
9. Crecimiento y alto grado de sofisticación de la demanda interna	0.05	1	0.05	3	0.15	1	0.05	2	0.10
10. Recursos humanos calificados en los niveles operativos, técnicos y profesionales	0.17	4	0.68	1	0.17	4	0.68	4	0.68
Total	1.00		2.95		2.06		2.81		2.86

Nota. Valor: 4= Fortaleza mayor; 3= Fortaleza menor; 2= Debilidad menor; 1= Debilidad mayor.

Tabla 11

Matriz Perfil Referencial de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia

Factor clave de éxito	Peso	Entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia		Instituciones prestadoras de servicios de salud en Brasil		Instituciones prestadoras de servicios de salud en Chile		Sistema de salud de Singapur	
		Valor	Ponderación	Valor	Ponderación	Valor	Ponderación	Valor	Ponderación
1. Prestigio de los agentes prestadores de servicios y del personal médico	0.08	3	0.24	4	0.32	4	0.32	4	0.32
2. Calidad en la prestación de servicios	0.15	3	0.45	4	0.60	4	0.60	4	0.60
3. Accesibilidad (atención y cobertura de la población)	0.12	4	0.48	3	0.36	4	0.48	4	0.48
4. Uso de tecnología moderna para la prestación de servicios	0.10	2	0.2	3	0.30	3	0.30	4	0.4
5. Infraestructura física moderna y cómoda	0.06	2	0.12	3	0.18	3	0.18	4	0.24
6. Aumento de la oferta de servicios y atención de diversas especialidades en la atención hospitalaria	0.10	3	0.30	4	0.40	4	0.40	4	0.40
7. Apoyo y regulación del Estado	0.08	2	0.16	3	0.24	3	0.24	3	0.24
8. Condiciones de libre competencia	0.09	3	0.27	3	0.27	3	0.27	2	0.18
9. Crecimiento y alto grado de sofisticación de la demanda interna	0.05	1	0.05	3	0.15	4	0.20	3	0.15
10. Recursos humanos calificados en los niveles operativos, técnicos y profesionales	0.17	4	0.68	4	0.68	4	0.68	4	0.68
Total	1.00		2.95		3.50		3.67		3.69

Nota. Valor: 4= Fortaleza mayor; 3= Fortaleza menor; 2= Debilidad menor; 1= Debilidad mayor.

3.8 Conclusiones

Al realizar la evaluación externa, con la finalidad de determinar la influencia del entorno sobre las EPS e IPS en Colombia, se encontró que los intereses nacionales tienen un rol fundamental en la consecución de los intereses vitales del Estado, aunque no se observa realmente claridad acerca de estos. Por esta razón, es importante que se implementen medidas para promover un ejercicio deliberado en la definición de los mismos; puesto que estos son la guía para la política exterior, la economía, la seguridad y defensa, y el elemento de unidad nacional.

Al abordar específicamente la influencia del entorno PESTE (i.e., panorama político, económico, sociocultural, tecnológico, y ecológico) sobre las EPS e IPS del país, se permitió determinar las oportunidades que presentan las instituciones de la salud para dotarse de competitividad y la manera cómo se pueden combatir las amenazas desde el sector salud. De dicho análisis, se encontró que existe una serie de factores o fortalezas de poder nacional, que de tratarse oportunamente, permitirá la generación de ventajas competitivas.

Así, los cambios experimentados y el alto desempeño económico han permitido que algunas instituciones de salud se ubiquen en posiciones destacadas debido a la innovación y calidad de sus servicios, pese a la existencia de turbulencias dentro de otras entidades. Sin embargo, se requiere de innovación permanente en tecnología, relacionamiento con los clientes y, en general, de propuestas de valor agregado que permitan que el sector salud en Colombia sea reconocido por el sólido funcionamiento de las entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios de salud.

También es urgente que los proveedores del sector presten un servicio eficaz que contribuya a posicionar la prestación de los servicios de salud en el país y; por ende, incida en el mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos. Para ello, las EPS e IPS tienen buenos referentes en el ámbito internacional, e incluso de organizaciones nacionales que al

actuar bajo una serie de principios han logrado un excelente desempeño en el mercado. Por esta razón, conviene analizar los diferentes procedimientos y sistemas de salud, con el fin de evaluar según el contexto nacional qué medidas se pueden adaptar.

En síntesis, estas organizaciones deben tomar como referentes a los modelos de salud más exitosos en el mundo, las mejores entidades internacionales de la región latinoamericana, e incluso algunas organizaciones exitosas en el ámbito nacional; con el fin de adaptar e implementar estrategias que conduzcan al éxito de las organizaciones prestadoras de servicios en Colombia.



Capítulo IV: Evaluación Interna

4.1 Análisis Interno AMOFHIT

Para evaluar los recursos de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia, se realizó el análisis AMOFHIT, donde se describen las áreas funcionales de: Administración y gerencia (A), Marketing y ventas (M), Operaciones y logística (O), Finanzas y contabilidad (F), Recursos humanos (H), Información y comunicaciones-sistemas (I), y Tecnología e investigación y desarrollo (T) (D' Alessio, 2015).

4.1.1 Administración y gerencia (A)

Organización del sector. En la función denominada organización, el propósito de la evaluación es entender cuál es la estructura intencional de los roles que desempeñan las personas en una organización (D' Alessio, 2015). En este caso, se analiza el desempeño de dicha función tanto en las entidades promotoras como en las instituciones prestadoras de servicios de salud que se encuentran vinculadas en el ámbito nacional.

En cuanto al número de EPS en el régimen contributivo, estas vienen descendiendo desde 2004, como se puede corroborar al comparar cifras del Grupo de Economía de la Salud (GES) y las de Registro Especial de Prestadores (REPS). Sin embargo, si bien el número de EPS disminuyó entre 1998 y 2013, la cobertura del RC experimentó un crecimiento sostenido, aunque de 18 entidades promotoras adscritas a este régimen, Saludcoop, Coomeva S.A., Nueva EPS S.A., Salud Total S.A., Suramericana S.A. y Famisanar LTDA concentran el 73% de los afiliados (Guzmán, 2014). En la Figura 10 se presenta la distribución de los afiliados del régimen contributivo, considerando el número de EPS agrupadas para la prestación de servicios de salud.

Por su parte, en el RS desde 1999 hasta 2013, se presentó una disminución significativa en el número de EPS, al pasar de 245 a 35 entidades (Guzmán, 2014). En la

Figura 11 se presenta la distribución de los afiliados del régimen subsidiado, considerando el número de EPS agrupadas para la prestación de servicios de salud.

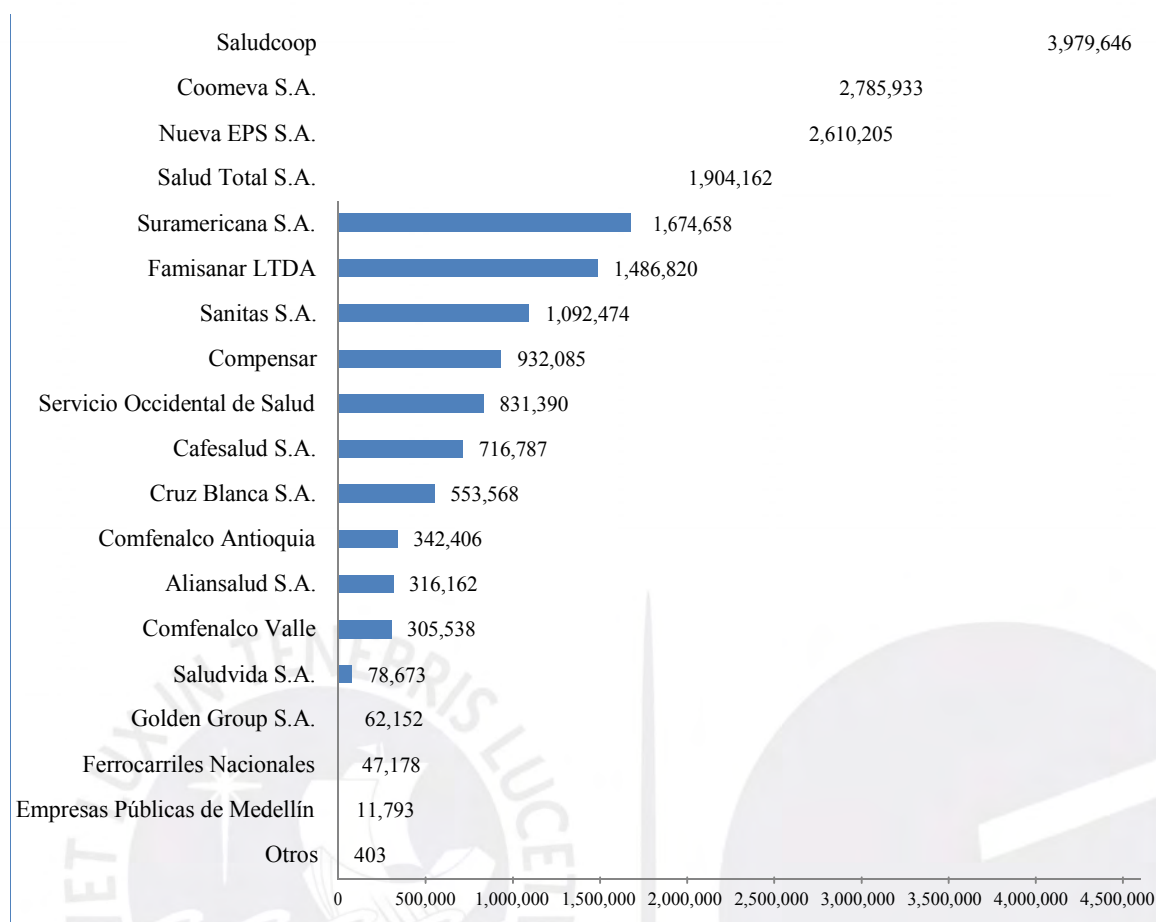


Figura 10. Distribución de los afiliados al régimen contributivo por EPS (noviembre de 2013).

El grupo otros lo conforman: Humana, Salud Colpatría, Multimédicas Salud con Calidad S.A., y Saludcolombia S.A. Tomado de “Radiografía de la Oferta de Servicios de Salud en Colombia (Documentos de Trabajo sobre Economía Regional No 202),” por K. Guzmán, 2014, p. 11 . Bogotá, Colombia: Banco de la República de Colombia.

El rol que desempeñan las entidades promotoras como aseguradoras se realiza a través de las EPS, que pueden ser tanto públicas como privadas; estas reciben las cotizaciones y los servicios son prestados por las IPS, las cuales se encargan de ofrecer el POS o POS-S para quienes se encuentran afiliadas al régimen subsidiado (RS). En el caso de las EPS de carácter privado, estas son utilizadas principalmente por personas de clase alta y un sector de la población con ingresos medios que recurren a estas entidades por carecer de cobertura o buscando mejores condiciones que las ofrecidas en el SGSSS (Guerrero et al., 2011).

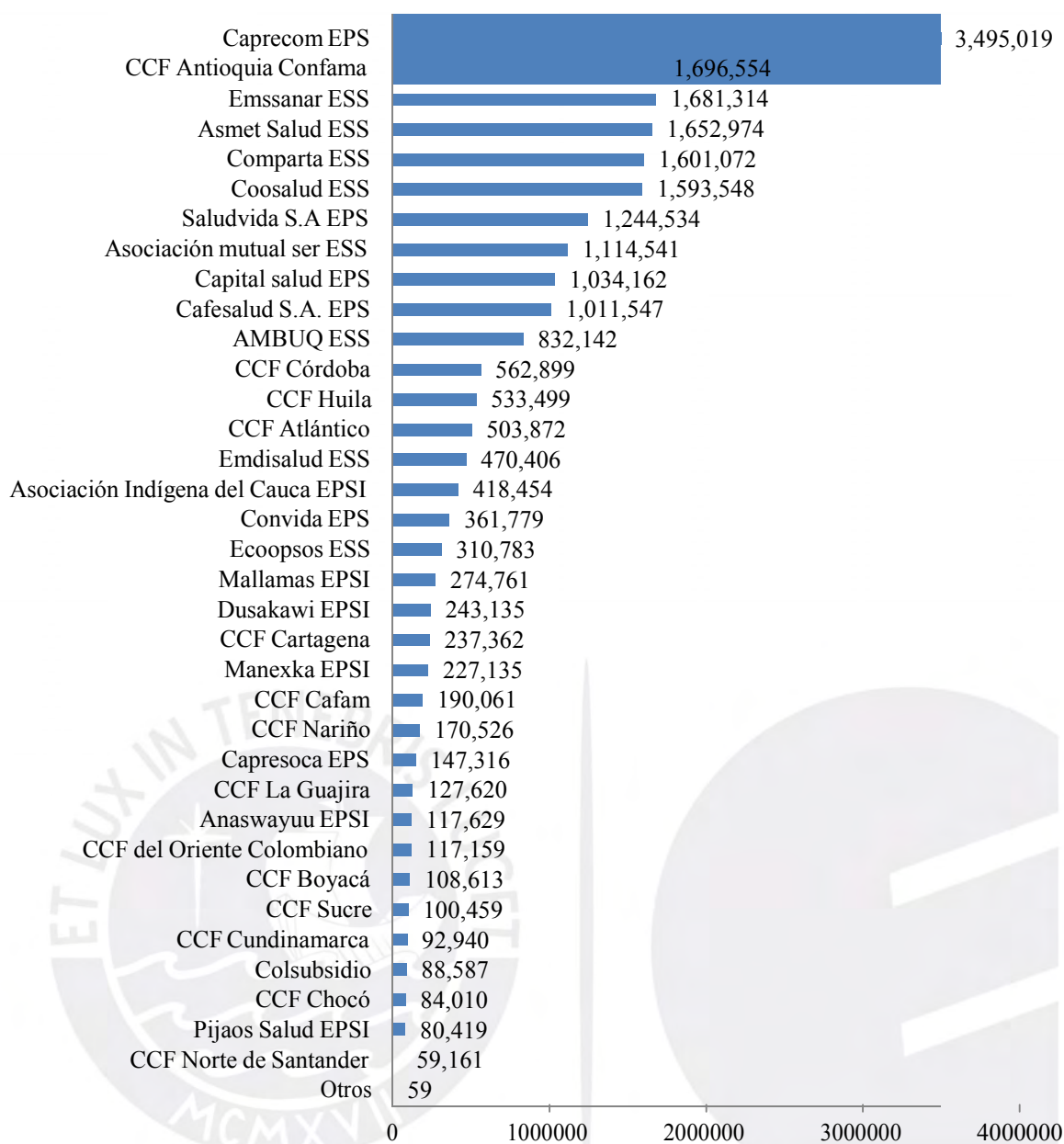


Figura 11. Distribución de los afiliados al régimen subsidiado por EPS (noviembre de 2013). El grupo otros lo conforman: Salvasalud S.A., Humana Vivir S.A., Cóndor S.A., Calisalud, el INPEC y las CCP de Caquetá y Barrancabermeja. Tomado de “Radiografía de la Oferta de Servicios de Salud en Colombia (Documentos de Trabajo sobre Economía Regional No 202),” por K. Guzmán, 2014, p. 13 . Bogotá, Colombia: Banco de la República de Colombia.

Sin embargo, más allá del rol de aseguramiento, las EPS son un centro financiero pues están encargadas de recaudar la cotización, descontar la captación correspondiente a cada uno de los afiliados, y administrar el plan de salud por medio de la prestación directa o al contratar otros agentes para la prestación de dichos servicios (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

Para comprender la organización y funcionamiento de las EPS, el Decreto 1485 de 1994 permite identificar varias funciones que están contempladas en la Ley 100, en términos de: (a) promoción de la afiliación al SGSSS en cualquiera de los dos regímenes; (b) remisión de información relativa a la afiliación del trabajador y la de su familia, novedades laborales, recaudos por cotizaciones, y desembolsos por el pago de la prestación de servicios; (c) administración del riesgo en salud de los afiliados, con el objetivo de procurar disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad en algunos casos; (d) movilización de recursos que permitan el funcionamiento de las EPS a través de la recaudación de cotizaciones; (e) organización y garantía en la prestación de servicios previstos en el POS de acuerdo con el cargo de las UPC correspondientes; y (f) prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos profesionales y de planes complementarios. En cuanto a las relaciones entre entidades promotoras de salud y prestadores de servicios de salud, el Decreto 723 de 1997 dicta disposiciones que regulan esta relación, al establecer que ambas podrán convenir la forma de contratación de acuerdo con el mecanismo de contratación y la forma de pago que más se ajuste a sus intereses (i.e., pagos por capitación, pago por conjunto de atención integral, pago por actividad o combinación de cualquier forma de estos pagos) (PARS, 2005).

Para la prestación de servicios de salud, cada EPS está encargada de ofrecer a sus afiliados una red de IPS públicas, privadas o mixtas. Sin embargo, es preocupante el nivel de acreditación, puesto que para 2015, de 2,500 entidades existentes, solo 32 IPS se encontraban acreditadas (“Solo 32,” 2015).

Para 2013, las 18,959 IPS se encontraban conformadas por: 14,996 instituciones privadas, 3,888 instituciones públicas, y 75 instituciones mixtas. De las instituciones públicas, 3,250 eran de baja complejidad, 534 de complejidad media, 41 de complejidad alta, y 53 pertenecían a otras categorías (Guzmán, 2014).

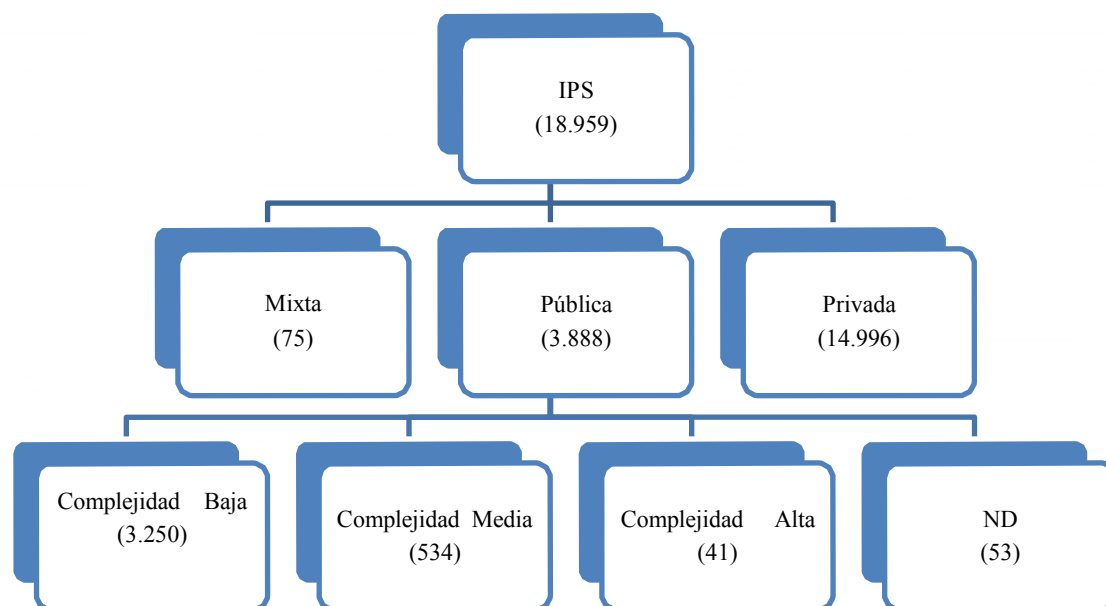


Figura 12. Número de instituciones prestadoras de salud (IPS).

Adaptado de “Radiografía de la Oferta de Servicios de Salud en Colombia (Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional No 202),” por K. Guzmán, 2014. Bogotá, Colombia: Banco de la República de Colombia.

Con respecto al nivel de complejidad en el servicio, estos tres tipos de redes de prestadores actúan en los regímenes contributivo y subsidiado, caracterizándose por el nivel de atención en factores relacionados con atención externa, urgencias, hospitalización, cirugías, y servicios de apoyo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2000a). La Tabla 12 presenta el acceso a servicios de la red de prestación de servicios según el nivel de complejidad de las instituciones prestadoras.

Además, como se mencionó en el Capítulo I, las instituciones están conformadas por consultorios, laboratorios, hospitales, y los profesionales que individual o colectivamente ofrecen sus servicios. Para el caso de los hospitales públicos o empresas sociales del Estado (ESE), cuando estos venden sus servicios a las EPS, están actuando como IPS. Dentro de las funciones de las IPS, se encuentra como mínimo cumplir el POS en actividades que promuevan la salud y permitan prevenir enfermedades como atención inicial de urgencias, atención al recién nacido, y consulta médica general y odontológica; además de otras actividades con previa referencia médica descritas en el Capítulo I (Guerrero et al., 2011).

Tabla 12

Acceso a Servicios de Salud Según Nivel de Complejidad en las ESE

Servicio	Consulta externa	Urgencias	Hospitalización	Cirugía	Apoyo DX
Servicios de baja complejidad	Libre acceso a la prestadora elegida por el usuario. Contratado por la EPS y ARS sin remisión.	Libre acceso a la institución de la RED u otros servicios según necesidad grave.	Orden de consulta externa o urgencias para IPS asignada.	Orden de consulta externa o urgencias para IPS asignada o según evolución en hospitalizado.	Orden médica del prestador autorizado.
Servicios de mediana complejidad	Uso por remisión de prestador de baja complejidad a una institución de la red contrarremisión de alta complejidad.	Referencia de primer nivel. Contrarreferencia de tercer nivel. Usuarios que pueden usar cualquier institución.	Referencia de primer nivel o con orden de consulta externa o urgencias para IPS asignada. Eventualmente autorización de EPS.	Referencia del primer nivel o con orden de consulta externa o urgencias para IPS asignada. Eventualmente autoriza la EPS.	Referencia de primer nivel o con orden de consulta externa o urgencias para IPS asignada. Eventualmente autoriza la EPS.
Servicios de alta complejidad	Remisión de IPS de baja o mediana complejidad a IPS de la Red.	Referencia de primer o segundo nivel o cualquier prestador fuera de la Red según gravedad.	Referencia de primer o segundo nivel a IPS de la Red. Orden médica Eventualmente autorización de la EPS.	Referencia de primer o segundo nivel de IPS de la Red. Eventualmente autoriza la EPS.	Referencia de primer o segundo nivel de IPS de la Red. Eventualmente autoriza la EPS.

Nota. Tomado de “Re-crear la Prestación de Servicios de Salud en las Empresas Sociales del Estado en el Sistema de Seguridad Social en Salud (Guías de Capacitación y Consulta),” por el Ministerio de Salud y Protección Social, 2000a, p. 213. Bogotá, Colombia: Autor.

Prácticas de Gobierno corporativo transparente, ética, y, responsabilidad social.

Dentro del modelo de seguridad social, las instituciones que prestan los servicios de salud, como los hospitales, son concebidas como actores sociales que funcionan como agentes económicos dentro del libre mercado, pero modelados bajo principios solidarios, que se encuentran enmarcados bajo la regulación y control del Estado. Dentro de la función de agentes económicos, los hospitales tienen autonomía política y financiera para la prestación de servicios de calidad y calidez, que permitan prestar servicios de calidad y a su vez, desarrollarse en el sistema de competencia establecido (Ministerio de Salud y Protección Social, 2000a).

Como actores sociales, los hospitales en Colombia están diseñados para lograr una finalidad de beneficio social, que se entiende como la contribución realizada al desarrollo de las comunidades que se da: (a) al generar los servicios de salud que la población necesita; (b) al consumir los recursos que la comunidad provee, incluyendo el talento humano de los pobladores; (c) al potenciar el mejoramiento de las condiciones de bienestar y calidad de vida de las personas; y (d) al actuar junto a los demás actores, en su lugar de influencia. En cuanto a la autonomía económica, los hospitales, para alcanzar su razón de ser, deben buscar que sus ingresos económicos sean, por lo menos, iguales a sus gastos, es decir, que deben, como propósito, lograr un equilibrio en su funcionamiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2000a).

Dirección. Los hospitales (IPS), como cualquier otra institución, están conformados por un conjunto de procesos gerenciales, administrativos, logísticos, y asistenciales (en ocasiones de tipo docente y de investigación científica). A su vez, se encuentran organizados de acuerdo con unas normas de funcionamiento que van desde la legislación nacional hasta los acuerdos de la junta directiva (Ministerio de Salud y Protección Social, 2000a).

Sin embargo, existe una amplia percepción de que las entidades de la salud, y especialmente las EPS, son direccionadas por líderes corruptos que enfocan mal a su grupo de trabajo y los conducen a evitar realizar determinados procedimientos, limitando la prestación de servicios, sean estos de carácter urgente, necesario o esencial. Pero, principalmente, de que las habilidades gerenciales se remiten a obtener excedentes financieros con el fin de ampliar el radio de acción de las actividades prestadas y aumentar sus utilidades; es decir, que el concepto que rige la actividad mercantil se centra en obtener la mayor rentabilidad al menor costo de operación posible (Barrera, 2014).

Planeamiento estratégico. En términos de misión, visión, y valores estratégicos, las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud han definido una serie de principios de actuación, aunque de manera individual. Por tanto, estos no reúnen

directrices para el funcionamiento de las entidades de salud y su supervivencia dentro del sector de la salud.

Se destacan algunos gremios como la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), creada con el propósito de representar a las empresas privadas afiliadas que administran servicios de salud bajo las modalidades de empresas de medicina prepagada, EPS del régimen contributivo, EPS del régimen subsidiado, y ambulancias prepagadas. Esta asociación se rige en los siguientes principios: (a) respeto por las normas y principios éticos, jurídicos, y técnicos, con el fin de incrementar la confianza entre los asociados y los demás actores del sistema y propiciar la extensión y el incremento de las actividades del sector; (b) colaboración y coordinación entre los miembros de la asociación, con el fin de aunar esfuerzos, recursos, y experiencias sobre información de servicios y mercados, y programas con el sector público y privado del país, que permitan que dentro del sector se propicien los avances científicos adecuados al desarrollo del país; y (c) la defensa de la libertad de empresa, la sana competencia, y la iniciativa privada (ACEMI, s.f.).

Además, de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), cuya misión es promover el fortalecimiento técnico y administrativo de las instituciones afiliadas mediante gestiones de concertación, información, comunicación, capacitación, y representación de carácter gremial (ACHC, s.f-b).

Sin embargo, tanto las EPS como las IPS, no tienen un planeamiento estratégico sectorial donde se definan las directrices para el desarrollo del sector. De manera general, se han realizado planeamientos estratégicos para el sector de la salud, pero haciendo un análisis poco detallado sobre el conjunto de actividades que deben desarrollar las organizaciones para proyectarse en el futuro y alcanzar la visión deseada.

4.1.2 Marketing y ventas (M)

El área funcional de marketing y ventas en las organizaciones debe ser entendida como la orientación empresarial basada en satisfacer los requerimientos de los consumidores

por medio de la adecuación de la oferta de bienes y servicios de las entidades promotoras e instituciones prestadoras de salud. Esta área se responsabiliza de las decisiones entorno al producto, plaza, precio, y promoción (D'Alessio, 2015).

Producto. La oferta de servicios que maneja el Plan Obligatorio de Salud (POS) para cubrir las necesidades de salud de los habitantes del país, consiste en programas de prevención de enfermedades, urgencias de cualquier orden, es decir, necesidades que requieren una atención inmediata, consultas médicas generales y especializadas en cualquiera de las áreas de la medicina, consultas y tratamientos odontológicos con excepción de ortodoncias, periodoncias, y prótesis, exámenes de laboratorio y rayos X, hospitalización y cirugía en todos los casos que sean necesarias, consultas médica en psicología, optometría, y terapias, medicamentos esenciales de carácter genérico, atención integral durante la maternidad, el parto, y al recién nacido, y tratamiento de enfermedades graves como el SIDA y cáncer; por otro lado, algunos tratamientos estéticos se excluyen del POS, como es el caso de la cirugía estética con fines de embellecimiento, tratamientos nutricionales con fines estéticos, tratamiento de várices con fines estéticos, curas del sueño, y tratamiento o medicamentos experimentales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004).

Las instituciones prestadoras de salud se clasifican dependiendo del nivel de complejidad de los procedimientos médicos que realizan, para dar solución a las necesidades de los pacientes con relación a la recuperación de la salud o la prevención de enfermedades. Estos grados de complejidad se clasifican en bajos, medios o altos. En el caso de las IPS privadas, estas no están obligadas a reportar el grado de complejidad de los procedimientos que realizan (Guzmán, 2014).

En Colombia, en los últimos diez años, la inversión en la red pública hospitalaria (infraestructura física y equipos biomédicos), no ha registrado una participación significativa en el total del gasto en salud de los departamentos y municipios. El régimen subsidiado y la atención de la población de bajos recursos que no cuenta con aseguramiento, abarcan la

mayor parte del gasto. Esto se evidencia con la inversión en red pública entre los años 2007 y 2013, la cual solo correspondió al 42% del total de la subcuenta del gasto que se denomina gastos en salud, en las ejecuciones presupuestales, que, asimismo, participó en promedio con 7,6% del total que invirtieron los departamentos y municipios (Bonet & Guzmán, 2015).

Precios. Es importante, que se garantice que la pugna que se presenta entre los aseguradores y prestadores vele por que los precios se diferencien de los ya existentes, a pesar de que no sean consecuencia del equilibrio entre la oferta y la demanda, y con ellos lograr incentivos en términos de calidad y lleven a mejores condiciones y calidad en la atención en salud de los habitantes colombianos. Para la unidad de pago por captación (UPC), se asigna un valor a cada individuo, el cual cubre la atención de la eventualidad en el caso de enfermedades. Tiene como base la noción de enfermedad potencial para fijar el valor por individuo. Cada grupo poblacional tiene un asegurador, el cual se encargará de la atención y por cada individuo recibirá un monto de dinero, sin considerar si hacen uso del servicio de salud o no. En Colombia, se encuentra una UPC contributiva y una UPC subsidiada, las cuales reciben un ajuste anual (Ruiz, Amaya, Garavito, & Ramírez, 2008).

En el caso de las EPS, los precios son fijados por el Gobierno por medio de la Unidad de Pago por Captación (UPC) y el servicio que presten debe ser uniforme en conformidad con lo planteado con el Plan Obligatorio de Salud (POS), pero en la realidad, las EPS emplean varias estrategias para lograr captar mayor participación del mercado y adaptarse a las interrupciones que presenta el entorno. Estas entidades presentan algunos sustitutos como es el caso de las entidades prepagadas, las IPS, los médicos particulares o la medicina alternativa. Sin embargo, al considerar el impacto que tienen en el nivel de costo- precios, desempeño, y rendimiento, se evidencia que estos sustitutos no representan una mejora en la estructura de costos de quien hace uso ellos, debido a que los precios tienen mayor valor y no proporcionan un servicio gratuito como es el caso de las EPS públicas (Bermúdez et al., 2011).

En el caso del cobro realizado por las EPS contributivas, este debe ser cancelado por el cotizante y los beneficiarios de la IPS, en el momento que hagan uso de los servicios de salud. El monto que cancelen va depender del rango de salario del cotizante. El fin de este es regular la utilización y promover el buen uso. Cuando se presentan procedimientos quirúrgicos o de alto costo, los beneficiarios deben pagar un valor (copagos), el cual tiene un tope máximo al año y también depende del nivel salarial (Barrera, 2014).

La mayoría de veces las EPS contratan la prestación de los servicios de las IPS, con diferentes formas de contratación y cada una cuenta con una forma de reconocimiento y pago al prestador IPS, como son: el pago por servicio, que es el reconocimiento que se obtiene por la actividad, procedimiento, intervención, medicamentos o insumos más el desagregado. La EPS asigna el valor individual por la realización de estas actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos o insumos; el pago por servicios sin detalle, que es el reconocimiento derivado de la actividad, procedimiento, intervención, insumos o medicamento más desagregado, pero que no fue incluido en el sistema de información a nivel de actividad intervención o procedimiento en forma detallada; el pago por diagnóstico, que es el reconocimiento global debido a la atención de un paciente con un diagnóstico específico con el procedimiento mayor, en el resto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos o insumos incluidos en el pago se diligencia con el valor cero; el pago directo, que es el valor obtenido por honorarios, arriendos, y otros costos por la prestación de servicios en la red propia; la capitación, el pago de un valor fijo por afiliado registrado, sin considerar el número de servicios en un periodo, en esta forma se registra el pago de las actividades, intervenciones, y procedimientos prestados a cada afiliado en el periodo capitado; el autorizado, que son los valores que conforman la reserva técnico de los servicios autorizados y no facturados al cierre del año (Suárez, 2013).

Plaza. Las entidades que prestan el servicio de salud, deben estar ubicadas en sitios que sean accesibles, contar con una señalización idónea para que los usuarios puedan llegar,

es ideal que la ubicación sea clara en las guías, planos, y directorios telefónicos de la ciudad, también es importante que las agencias de turismo, los empleados del transporte público, los policías, etc., tengan la capacidad de indicar al paciente la ubicación de la entidad (Torres, s.f.).

Las barreras al acceso por el lado de la oferta han ganado importancia con respecto a las barreras del lado de la demanda. Para el caso de las barreras de la oferta, se hallan temas organizacionales o institucionales, como lo son los trámites para la cita y el no recibir atención al dirigirse al centro de salud, la calidad del servicio, y la no solución del problema de salud con una primera atención; también existen barreras relacionadas con la disponibilidad de recursos médicos y la lejanía del centro de atención. Para el caso de la demanda, hay tres tipos de barreras, la primera hace referencia a los costos asociados a la demanda del servicio, como es la falta de dinero o tiempo. El segundo trata de la percepción que se tiene sobre la gravedad del problema de salud, como lo es al considerar que un caso es leve y, por ende, no necesita atención de un profesional de la salud. La última barrera se relaciona con la cultura y el conocimiento del sistema de salud, lo que se refleja en la confianza en los médicos (Bonet, & Guzmán, 2015).

Promoción. El tema de la promoción debe servir para impulsar la resolución de problemas asociados con el mejoramiento en la calidad de vida de las personas en aspectos como el trabajo, la vivienda, la nutrición, la violencia, la intolerancia, la discriminación, y el medioambiente. De igual forma, debe suministrar a la ciudadanía los recursos suficientes para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Y con todo esto logren llegar a una óptima etapa de bienestar físico, mental, y social. Asimismo, la población debe tener las facultades de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades, y cambiar y adaptarse al medio ambiente (Torres & Chaves, 2008).

La comunicación tiene una función importante en la promoción de la salud, cuando estas se relacionan se debe considerar que se desempeñe dentro de una dimensión social, para

esto todos los proyectos y planes deben estar encaminados en dimensiones éticas, políticas, sociales, económicas, culturales, y comunicativas. Sumado a ello, se deben considerar tres funciones para que la comunicación logre contribuir a la promoción de la salud, las cuales son informativa, diálogo o negociación y como red. El primer caso hace referencia a transmitir mensajes y divulgar información, con el diálogo o negociación se estimula la participación de la comunidad y cuenta con un interés educativo, la última función impulsa la movilización ciudadana por medio de la interacción y participación de los ciudadanos involucrados (Torres & Chaves, 2008).

Toda esta comunicación se puede dar por medio de: publicidad por medio de prensa, radio, televisión, vallas, entre otros; propaganda, por medio de la divulgación de información positiva para la entidad, como lo es el buen servicio prestado; promoción de servicios, como bajo costo de exámenes médicos en determinada hora o día, una atención gratuita para escolares, facilidad en los pagos; merchandising, consiste en la promoción puerta a puerta, exponiendo los servicios que tiene la entidad u ofreciéndolos; relaciones públicas, estas se pueden dar por medio de oficinas de relación directa con el paciente para conseguir su entendimiento y aceptación; correos, los cuales pueden recordar las fechas de citas, exámenes o chequeos que tenga programado el paciente y realización de eventos científicos, congresos, simposios, discusión de casos, etc., los cuales ayudan a mejorar la imagen de las entidades y su recurso humano (Torres, s.f.).

Para la prevención de algunas enfermedades, las entidades de salud han implementado la promoción de campañas a lo largo de los años como son: (a) enfermedades prevenibles por vacunación, esta campaña se inició desde 1993 y buscaba reducir los casos de sarampión, rubéola, Hepatitis B, y poliomielitis a través de la vacunación por toda Colombia. Esta intervención ha tenido buenos resultados, puesto que en los últimos diez años se ha registrado una notable reducción de las enfermedades mencionadas (Torres & Chaves, 2008); (b) ABECÉ sobre anticoncepción, la campaña para promover el derecho a prevenir embarazos no

deseados e infecciones de transmisión sexual, entre ellos el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/Sida, mediante el uso de métodos anticonceptivos modernos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b); y (c) el plan decenal para el control del cáncer en Colombia, 2012-2021, el plan busca controlar el cáncer en el país y promover las acciones para la lucha contra este (Ministerio de Salud y Protección Social & Instituto Nacional de Cancerología, 2012).

Estas campañas publicitarias se realizan por medio de una licitación pública o una invitación, si es permitida por la ley. Se elaboran los requisitos y costos de la campaña, se hace el cálculo aproximado de las personas que estarían participando, y con base en esto se elabora un presupuesto, se ajusta, y por último se publica la licitación en la página web. Luego se ejecuta el concurso y por medio de la Oficina de Prensa se elige la agencia más óptima para la elaboración de la campaña (Torres & Chaves, 2008).

4.1.3 Operaciones y logística. Infraestructura (O)

Esta función comprende analizar la gestión de operaciones productivas en general, la logística integrada que se requiere para llevar a cabo el proceso operativo, y la infraestructura adecuada donde se realizará el proceso (D'Alessio, 2015).

Dentro del sector de la salud, la gestión de operaciones productivas básicamente hace referencia a los procedimientos realizados en materia de salud. Este, a su vez, depende de la infraestructura física de las entidades prestadoras de servicios de salud y la logística integrada. En términos de operatividad, los problemas de acceso a la salud son: (a) ausencia de entidades aseguradoras e instituciones prestadoras de servicios en varios lugares del territorio nacional, por ser zonas de alto riesgo y baja rentabilidad; y (b) negativas en la atención de algunas enfermedades que son de alto costo. En el tema de la infraestructura física mayor en distintas áreas geográficas, ha tendido a desaparecer paulatinamente debido a dificultades financieras, destrucción de la infraestructura en manos de grupos armados o por miedo de la misión médica (Torres & Chaves, 2008). En el periodo comprendido entre 2002 y 2012, en la capacidad hospitalaria pública no se efectuaron cambios sustanciales, mientras

que en el número de consultorios y unidades de tecnología se dieron ligeros aumentos, disminuyó la cantidad de camas, salas de quirófanos, y mesas de parto. La anterior situación indica que algunas atenciones de mayor complejidad han pasado a ser resueltas por las IPS privadas. En general, en los últimos años, la inversión en infraestructura física y equipos biomédicos en la red pública hospitalaria no ha tenido una participación significativa en el gasto de municipios y departamentos (Bonet & Guzmán, 2015). Por ejemplo, en el caso de las ESE, se considera que un buen número de hospitales son antiguos, y que su ubicación y construcción no obedecieron a procesos planificados que consideraran los requerimientos arquitectónicos para la prestación de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2000b). Este problema es reconocido dentro de la Política Nacional de Prestación de Servicios, realizada por el Ministerio de Protección Social, donde se evidencia la baja capacidad resolutive de las instituciones de baja y media complejidad por las condiciones de infraestructura (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional [USAID], Centro de Proyectos para el Desarrollo [CENDEX], & Procuraduría General de la Nación, 2012).

Los problemas de infraestructura física han sido analizados por el Gobierno, estableciendo estrategias a seguir para apoyar el desarrollo de obras de reforzamiento estructural, al considerar que: “en diferentes grados y situaciones, la infraestructura pública en salud resulta insuficiente, inadecuada y carece del mantenimiento requerido, y el equipamiento biomédico es obsoleto, insuficiente y no ofrece condiciones apropiadas para la resolutive de los servicios” (p. 127). Por tanto, el Ministerio de Protección Social adelanta estrategias para mejorar la capacidad resolutive en la prestación de servicios y ha otorgado viabilidad técnica al desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014a).

Por su parte, la logística integrada ha recibido poca atención en la normativa vigente en el sector de la salud, a pesar de que la Ley 100 (1993) menciona la dotación de los centros

de salud, a cargo de las Direcciones Territoriales de Salud y la Ley 1438 hace énfasis en el tema logístico de las IPS públicas y las ESE en algunos aspectos como fortalecimiento institucional, planes de gestión, nombramiento de directores, nombramiento y funcionamiento de las juntas directivas, reportes financieros, contratación, y compras (Andia & González, 2012).

Esta logística trata sobre el cubrimiento de áreas tan diversas de la organización que incluyen la gestión de compras de materiales clínicos y sanitarios, su pedido y almacenamiento, la gestión de la lavandería, la cafetería, los instrumentos quirúrgicos, y el manejo de los desechos (Velasco, Barrera, & Amaya, 2012), como se puede observar en la Figura 13.

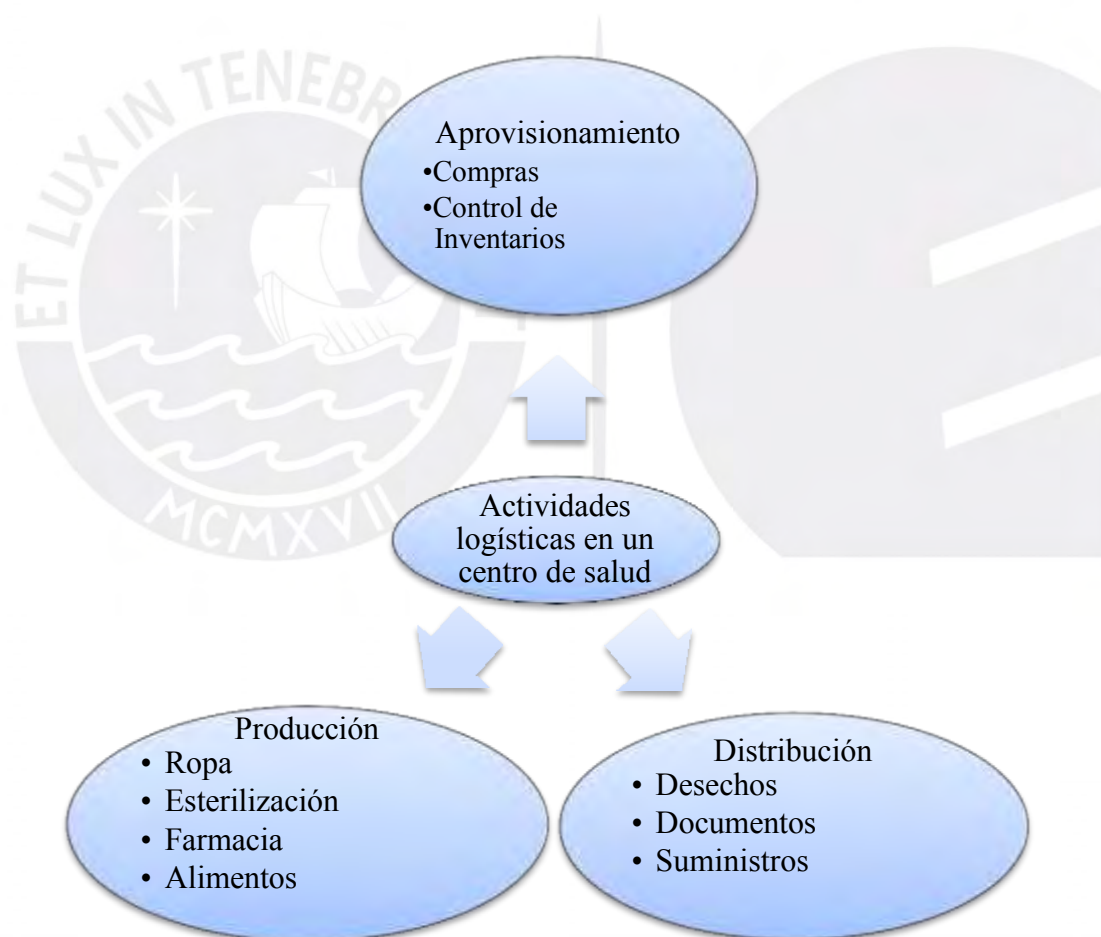


Figura 13. Actividades logísticas en un centro hospitalario. Tomado de “Logística Hospitalaria: Lecciones y Retos para Colombia,” por N. Velasco, D. Barrera, y C. Amaya, 2012, En O. Bernal, y Gutiérrez, C. (Eds.), *La Salud en Colombia: Logros, Retos y Recomendaciones*, p. 311. Bogotá, Colombia: Uniandes.

En el caso específico de la gestión hospitalaria, se incluyen la planeación y realización de actividades para la recepción, atención y traslado de pacientes a las diferentes unidades de servicios. En cifras económicas, se ha detectado que aproximadamente el 46% del presupuesto se gasta en actividades relacionadas con la logística, de los cuales, el 27% equivale a gastos en suministros y equipo, y el 19% restante en gastos de mano de obra en almacenistas, personas de manejo de material, y profesionales de la salud que se dedican a realizar actividades logísticas. En Colombia, en el tema de costos, no se han realizado estudios tendientes a estimar los costos asociados a la logística de la salud ni dedicados a integrar las actividades logísticas en centros hospitalarios y entidades prestadoras de salud (Velasco et al., 2012).

Sin embargo, el crecimiento del sector de la salud, ha planteado la necesidad de revisar tres enfoques de la logística hospitalaria que son: (a) estudio de las decisiones de aprovisionamiento; (b) estudio de los flujos de pacientes, de recursos, y de información al interior del hospital para garantizar un balance entre la eficiencia y la calidad en la prestación del servicio, en función de la investigación de operaciones y el mejoramiento de procesos (logística interna); y (c) estudio de las relaciones entre hospitales de una misma red (logística externa). Con el interés del Gobierno en 2012 de incursionar en el tema de competitividad, se ha logrado despertar el interés de algunos investigadores, y los órganos de control han empezado a preguntarse por la eficiencia del sistema de salud y cómo la logística hospitalaria les ayudaría en este intento (Velasco et al., 2012).

4.1.4 Finanzas y contabilidad (F)

Es un hecho que el manejo de los recursos del sistema de salud en el país por parte de las EPS ha presentado un comportamiento ineficaz, como se evidencia al revisar los estados financieros de estas entidades y el servicio de baja calidad prestado. Se suma a esto la falta de atención en los servicios a los pacientes y la confusión entre patologías y tratamientos.

Todos estos factores llevan a que los beneficiarios tengan que recurrir a las instancias judiciales para lograr tener acceso a los medicamentos o servicios que requieren. Estos malos manejos que han surgido desde su implementación han llevado a que el sistema tenga sobrecostos (Rivera, 2013).

Como se mencionó anteriormente, las EPS son entidades privadas que se encargan de dar manejo a los dineros públicos y poseen la libertad de negociar con las IPS; a lo largo de estos procesos se pueden repetir y perpetuar algunos vicios administrativos, como es el caso de la integración vertical y demoras en el pago de compromisos con las IPS, lo cual se intentó corregir con la modificación a la Ley 100, por medio de la Ley 1122. Para el caso reciente de la morosidad de las EPS, principalmente en las del régimen contributivo, los representantes culpan de esto al no pago de los recobros de FOSYGA por el concepto de servicios y medicamentos otorgados a los usuarios por medio de las tutelas o el comité técnico científico. Para el caso de las entidades subsidiadas de salud, el problema surge de la compleja asignación de las fuentes de financiación y la poca transparencia en fondos que realizan las secretarías locales de salud o alcaldes, por la malversación de fondos que deberían ser destinados para fines de aseguramiento. Las finanzas de las IPS también se vieron afectadas por la operación de este régimen a través de figuras contractuales de uniones temporales, que a medida que cambiaba la vigencia de contratación se extinguían dejando deudas con las IPS (USAID, CENDEX, & Procuraduría General de la Nación, 2012).

En cuanto al financiamiento, el régimen contributivo cuenta con las cotizaciones, copagos (aportes de dinero que realizan los beneficiarios del cotizante a una EPS para recibir la atención hospitalaria, tratamientos, etc.), y las cuotas moderadoras (pagos fijos empelados para la regulación de los servicios de salud, en cuanto a atención odontológica, medicina general, radiología de primer nivel, entre otros). En el caso del régimen subsidiado, se presenta una financiación por medio de los recursos de la cuenta de solidaridad del

FOSYGA, los aportes del Presupuesto General de la Nación, el esfuerzo fiscal propio de los entes territoriales, y los recursos provenientes de las Cajas de Compensación Familiar, como los indica la Ley 100 (Rivera, 2013).

La Tabla 13 evidencia un constante incremento en el volumen de recursos empleados para financiar el régimen subsidiado. El SGP de salud tuvo un incremento de 0.12 de 2002 a 2010. Los recursos del FOSYGA también presentaron un incremento, en 2002 tenían una participación sobre el PIB del 0.31% y en 2010 tuvo una participación sobre el PIB de 0.65%. Los recursos fiscales pasaron de 0.01% del PIB en 2002 a 0.13% en 2010, y en el caso de los recursos totales como proporción del PIB, presentaron un incremento pasando de 0.85% del PIB en 2002 a 1.42% en 2010 (Rivera, 2013).

Tabla 13

Fuentes de Financiación del Régimen Subsidiado de Salud (% del PIB)

Año	SGP en salud	1.5 puntos cotizaciones	FOSYGA, subcuenta de solidaridad		Total FOSYGA	Recursos de entes territoriales	Total régimen subsidiado
			Aportes presupuesto	Otros			
2002	0.53	0.21	0.04	0.06	0.31	0.01	0.86
2003	0.54	0.22	0.05	0.10	0.36	0.01	0.92
2004	0.53	0.20	0.09	0.06	0.35	0.06	0.94
2005	0.52	0.23	0.09	0.06	0.38	0.08	0.98
2006	0.51	0.21	0.06	0.11	0.39	0.13	1.02
2007	0.54	0.29	0.08	0.11	0.48	0.20	1.22
2008	0.58	0.31	0.06	0.12	0.52	0.15	1.23
2009	0.65	0.31	0.17	0.21	0.68	0.14	1.47
2010	0.65	0.30	0.10	0.25	0.65	0.13	1.42

Nota. Tomado de “Coyuntura del Sistema de Salud en Colombia: Caracterización de una Crisis Desde las Particularidades Financieras de las EPS,” por A. F. Rivera, 2013, *Gestión & Desarrollo*, 10, p. 110.

Es importante que se garantice la disminución o eliminación de las barreras financieras al acceso de salud, para que las personas que necesitan acceder a estos servicios no se encuentren cohibidas por razones económicas al momento que atraviesen un problema de salud. En primer lugar, el sistema debe velar porque el dinero destinado para salud sea el adecuado para cubrir los gastos relacionados con los sucesos adversos en salud, de modo que

la población se beneficie con esto. Es decir, que el sistema tiene que garantizar la movilización idónea de recursos para la atención de la población en temas de salud y poder brindarles una cobertura universal. Una variable importante en este tema es la capacidad para movilizar recursos, la cual está relacionada con la disponibilidad de pagar de los usuarios, debido a que si estos se sienten bien con los servicios que obtienen por su pago, y asumen que este buen servicio es por el pago, van a estar más cómodos con las contribuciones que tengan que hacer. El tamaño de las bases impositivas sobre las que se recaudan impuestos y contribuciones, también influye en la capacidad de movilización de los recursos, como es el caso de los países que recaudan poco en los impuestos debido a la alta evasión que se presenta o a que la forma de recaudo no es la adecuada, y en este caso lo que se moviliza es un monto bajo (Gutiérrez, Acosta, & Alfonso, 2012).

4.1.5 Recursos humanos (H)

En este rubro se analiza la importancia del factor humano en las entidades de salud, considerando factores como la cultura y el clima organizacional. Se puede decir que el recurso humano es el elemento más importante que tienen las entidades, en tanto que es el que se encarga de movilizar los recursos tangibles o intangibles, que permiten el funcionamiento de las entidades y el logro de los objetivos propuestos. Asimismo, es recurso con menor predicción y mayor volatilidad, que genera impacto en las relaciones y motivaciones de las entidades (D'Alessio, 2015).

En el país se ha evidenciado una ausencia del recurso humano en el campo de la salud, según el Ministerio de la Protección Social en 2009 comparando los departamentos en términos del número de médicos por 10,000 habitantes, el orden fue Bogotá, Atlántico, Santander, y Risaralda con 33, 20, 20, y 17 médicos por cada 10,000 habitantes, respectivamente, y los más bajos fueron Guainía, Vichada, Chocó, y Vaupés, los cuales contaban con uno o dos médicos por cada 10,000 habitantes (Bonet & Guzmán, 2015).

A pesar de lo anterior, en los años siguientes, el recurso humano en el campo de la salud ha venido presentando un incremento progresivo y sostenible, debido al aumento de la oferta en educación, considerando la cantidad de programas académicos de formación superior y sus egresados en el país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). El recurso humano puede presentar la siguiente agrupación: (a) médicos, en esta categoría están médicos generales y especialistas; (b) enfermeras profesionales; (c) auxiliar de enfermería; (d) odontólogos; (e) terapeutas, se incluyen terapeutas físicos (fisioterapia), del lenguaje (fonoaudiología), respiratorios, y ocupacionales; y (f) bacteriólogos y nutricionistas (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.-b).

Sobre las condiciones laborales del recurso humano de la salud, se observa en la Ley 100 de 1993, que el tratamiento en cuanto al recurso humano en el ámbito de la salud es escaso. Solo se consideran los incentivos a los trabajadores y profesionales de esta rama por medio del tema salarial y no salarial. Con esto se evidencia que la ley deja por fuera temas importantes del recurso humano, como son la forma adecuada de operar y la protección de este cuando se vean afectadas sus condiciones laborales (Florez, Atehortúa, & Arenas, 2009).

Es importante que el recurso humano de las entidades prestadoras de salud tenga atributos que lleven a prestar un servicio idóneo y cómodo a todo tipo de pacientes, es por eso que con la Ley 1164 (2007) se busca que el talento humano que labore en entidades de salud cuente con los siguientes principios: (a) equidad, (b) solidaridad, (c) calidad, (d) ética, (e) integridad, (f) concentración, (g) unidad, y (h) efectividad.

4.1.6 Tecnología e investigación y desarrollo (T)

Los avances tecnológicos que surgen deben estar encaminados a los siguientes fines: (a) aportar a la creación de nuevos procesos que permitan mejorar la toma de decisiones considerando el ámbito social y científico; (b) impulsar los conocimientos para mejorar la calidad de la población en temas de salud; (c) estimular la creación de tecnologías que impulsen procesos de diagnósticos y terapéuticos; (d) aportar a al surgimiento de bienestar en

la población; (e) diseñar ideas que contribuyan a la solución de problemas específicos de cierto tipo de habitantes; y (f) contribuir para la mejor calidad en los procesos del sector de la salud, las condiciones de salud, y la forma de vida de los habitantes. Para lograr lo anterior se debe realizar una conformación de redes nacionales que permitan reconocer todas las necesidades y plantee ítems de investigación que faciliten observar el panorama nacional y ayuden a la toma de decisiones, las cuales permitan ver el impacto que estas decisiones tuvieron en el futuro (Red Colombiana de Investigación en Políticas Públicas y Sistemas de Salud [RCIPPSS], 2005).

Cada día, los sistemas de salud requieren de los avances tecnológicos. Es por ello, que la tecnología en el ámbito de la salud ha tomado importancia en la agenda política y en quienes las realizan. Estas tecnologías en salud son instrumentos, procedimientos, y medicamentos, que se emplean para impulsar las costumbres saludables, prevenir, curar, y mitigar las enfermedades, y tratar de rehabilitar con el tiempo los efectos de las enfermedades. Este concepto de tecnologías de salud tomó como base la definición del Ministerio de Protección Social (MPS), las definiciones internacionales, y las reflexiones que de ellas se derivan (Cubillos, 2006).

En materia de investigación, las últimas décadas han sido favorables pues se ha presentado un incremento en los grupos de investigación en el ámbito de la salud; de igual forma, se ha destinado una mayor cantidad de fondos a estas actividades, debido al surgimiento del Fondo de Investigación en Salud, que recibe el 7% de lo que obtienen las loterías de los departamentos y los juegos de azar. Con este aporte, se ha logrado incrementar los proyectos de salud y la investigación. No obstante, persiste la problemática por la inequidad respecto a las múltiples enfermedades y los recursos dedicados a investigar estas enfermedades. A pesar de ello, la inequidad que se presenta en el país no es tan grave como la observada a nivel mundial. Aún así, se deben tomar medidas para incrementar la investigación en salud, dando un mayor énfasis en los problemas de salud que se presentan

con más frecuencia en la población, llevando a una mejor calidad de vida en la ciudadanía (Agudelo et al., 2009).

Debido a lo anterior, Colombia dispone de ciertos grupos dedicados a las investigaciones tropicales, los cuales son competitivos en el ámbito internacional, por lo cual es importante promoverlos y ayudarlos. Sumado a esto, Colombia se impone como precursor regional y, en algunos aspectos mundial, en el estudio de trasplantes y oftalmología (Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología [COLCIENCIAS] & Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [CNCyT], 2008). Esto refleja que se están asumiendo las medidas e incentivos adecuados en materia de investigación en cuanto a salud, pero estas iniciativas no deberían quedar ahí, sino que deben impulsarse con más fuerza todas las investigaciones en salud y proporcionar los medios suficientes para realizar los avances tecnológicos que beneficien a toda la población.

4.1.7 Sistemas de información y comunicaciones (I)

En Colombia, los sistemas de información en salud, frecuentemente no se encuentran integrados, lo que provoca una baja calidad en la información recogida. Asimismo, en la mayoría de los sistemas de salud se encuentran dos grupos de participantes, dentro de los cuales se inscriben las Entidades Promotoras y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Por un lado, se tienen los sistemas de información de los organismos públicos que reportan la información del modelo de salud, aun cuando algunos prestadores de servicios públicos tienen sus propios sistemas de información, y, por otro lado, los pertenecientes a instituciones privadas, los cuales se caracterizan por un grado mayor de independencia respecto a los sistemas de información, pese a que deben reportar a los sistemas de información estatales, dada la regulación del Gobierno en el modelo de salud colombiano.

En consecuencia, las fuentes primarias de información del sistema de salud se dan a través de las IPS y EPS. La información generada por las IPS comprende datos de prestación de servicios, indicadores de calidad, registros de nacimientos y defunciones, e información de

carácter administrativo y financiero. Dentro de las condiciones de salud, se destacan las problemáticas de morbilidades infecciosas, morbilidad materna extrema, y vigilancia de enfermedades crónicas. Una vez se da este reporte, las EPS recogen datos de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud y a su vez generan indicadores consolidados que luego se reportan a los organismos de vigilancia y control. En algunos casos, la información generada debe notificarse a las autoridades sanitarias locales, para que estas la envíen a la respectiva autoridad sanitaria distrital o departamental, quienes son los encargados de analizar y consolidar la información en boletines epidemiológicos. A su vez, estas notifican a los organismos de control y vigilancia (Bernal, Forero, Hernández, & León, 2012).

Si bien durante este proceso, el avance en el registro de información ha sido destacado, la desarticulación presenta niveles elevados, pues como se mencionó anteriormente los prestadores de servicios, sean estos de carácter público o privado, tienen sus propios sistemas de información. Además, el flujo de información de la salud es complejo, dados los niveles por los que esta debe pasar. En el sistema de información de salud estatal, generalmente se registra el número de afiliados, los aportes en los diferentes módulos de protección social, el sistema de precios de medicamentos, las personas con discapacidad, el Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS), el seguimiento a la vacunación, la Gestión de Hospitales Públicos (SIHO), y el Registro Especial de Prestación de Servicios (REPS), entre otros aspectos. En el caso del RIPS, la información se recoge de las IPS, las cuales la envían a la administradora correspondiente, que a su vez la envía al Ministerio de Protección Social. Sin embargo, estos registros se han caracterizado por los problemas de calidad y cobertura, aunque desde 2009 se trabaja con las administradoras de planes de beneficios, con el fin de mejorar la calidad y la cantidad de reportes (Bernal & Forero, 2011).

En el caso de la Gestión de Hospitales Públicos (SIHO), se recoge información de gestión, capacidad instalada, y funcionamiento de los hospitales públicos, aunque en realidad este sistema no tiene alta cobertura. En el Registro Especial de Prestadores de Servicios (REPS), se notifica la información de los prestadores habilitados para la prestación de servicio. Sin embargo, el porcentaje de entidades del orden nacional que ofrecen información de acuerdo con los estándares establecidos e información sobre trámites y/o servicios en línea gubernamentales es de tan solo el 69% y 19% respectivamente (Bernal & Forero, 2011).

Otros problemas que persisten son: la ausencia de indicadores de impacto sobre la salud de la población afiliada y la falta de indicadores de fármaco vigilancia por parte de las EPS para hacer propuestas de mejoramiento de los medicamentos en el POS. Por ejemplo, en el Sistema de Información para la Protección Social (SISPRO), el módulo del aseguramiento solo analiza la cobertura de la población por EPS y no con indicadores de salud que permitan evaluar la gestión por resultados de la EPS a nivel territorial (Jaramillo & Chernichovsky, 2015).

El Ministerio de Salud y Protección Social ha detectado la importancia de contar con sistemas de información para que los participantes del sistema de salud puedan conseguir sus objetivos estratégicos, incidiendo en el uso de la información que existe en el país sobre salud para una mejor toma de decisiones y para que dicha información contribuya al mejoramiento de la calidad desde las fuentes primarias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Así, las aseguradoras en función de las redes de prestación de servicios, deben contar con sistemas de información necesarios acerca de las potencialidades de los prestadores en función de su especialidad, la atención prestada, las instalaciones con que cuentan, y los servicios que proveen. Por su parte, los prestadores directos pueden desarrollar procesos de mejoramiento de la calidad que los diferencien de los demás (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.-a). Se trata de asegurar la calidad de los servicios tanto de la red pública y privada, a través de la implementación del Sistema de Información para la Calidad y el fortalecimiento de los sistemas de gestión.

4.2 Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI)

A partir del análisis interno, se identificaron las principales fortalezas y debilidades presentes en las áreas funcionales de las EPS e IPS. En la Tabla 14 se puede apreciar la Matriz de Evaluación de Factores Internos (MEFI), donde se identificaron una serie de factores determinantes de éxito, los cuales se dividen en siete fortalezas y siete debilidades, que las organizaciones pueden manejar mediante el desarrollo de estrategias. El puntaje obtenido para las entidades promotoras y prestadoras de servicios de salud es de 2.58, por encima del valor promedio de 2.50, lo que indica una posición interna fuerte.

Tabla 14

Matriz de Evaluación de Factores Internos de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia

Factor determinante de éxito	Peso	Valor	Ponderación
Fortalezas			
F1. Recursos humanos calificados en los niveles operativos, técnicos, y profesionales	0.11	4	0.44
F2. Calidad en la prestación de servicio de salud	0.10	4	0.40
F3. Accesibilidad (i.e., atención y cobertura de las EPS)	0.08	4	0.32
F4. Inversión en tecnología, investigación, y desarrollo para la prestación de servicios	0.08	3	0.24
F5. Prestigio de los agentes prestadores de servicios y del personal médico	0.07	3	0.21
F6. Aumento de la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria	0.07	3	0.21
F7. Infraestructura física adecuada en las EPS e IPS	0.05	3	0.15
Subtotal	0.56		1.97
Debilidades			
D1. Ausencia de un plan estratégico que vincule a las entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios de salud	0.10	1	0.10
D2. Bajo poder de negociación entre las EPS e IPS	0.07	2	0.14
D3. Manejo inadecuado de las finanzas	0.07	1	0.07
D4. Alta debilidad en los sistemas de información	0.05	2	0.10
D5. Concentración de EPS e IPS solamente en sectores estratégicos	0.05	2	0.10
D6. Desarticulación de la información entre las entidades de la salud	0.05	1	0.05
D7. Competencia en precios y no en calidad	0.05	1	0.05
Subtotal	0.44		0.61
Total	1.00		2.58

Nota. 4= Fortaleza mayor, 3= Fortaleza menor, 2= Debilidad menor, 1= Debilidad mayor.

Se puede inferir que las empresas del sector presentan fortalezas que son factores clave para su crecimiento. El principal factor de éxito son los recursos humanos calificados en los niveles operativos, técnicos, y profesionales, el cual es compartido por las personas, puesto que consideran que el personal tiene un buen desempeño, debido a los conocimientos que han adquirido. De hecho, los agentes prestadores de servicios y el personal médico, son otra de las fortalezas de las instituciones prestadoras de servicio; sin embargo la calificación dada en el ámbito general, es porque en el caso de las aseguradoras, algunas no poseen alto prestigio.

Otras fortalezas importantes de las EPS e IPS son: calidad en la prestación de servicios; accesibilidad en términos de atención y cobertura; la inversión que con ayuda del Gobierno se está dando en tecnología, investigación, y desarrollo para la prestación de servicios; el prestigio de los agentes prestadores de servicios y del personal médico; el aumento de la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria, dado por la facilidad de que entren nuevos competidores y por la ampliación de estos servicios, principalmente en el sector privado, y; la infraestructura adecuada en las instalaciones, puesto que se valoran los actuales esfuerzos en cooperación con el Estado.

De la misma manera, se identificó como una debilidad mayor la ausencia de un plan estratégico que vincule a las EPS e IPS, puesto que como se mencionó anteriormente, los planes estratégicos se han realizado en el ámbito sectorial, analizando superficialmente dichas entidades. Otras debilidades mayores son el manejo inadecuado de las finanzas, la desarticulación de la información entre las entidades de la salud, y la competencia en precios únicamente relegando el rol de la calidad. Por su parte, las debilidades menores están constituidas por el bajo poder de negociación de poder entre las EPS e IPS, la alta debilidad en los sistemas de información, y la concentración de estas solamente en sectores estratégicos, lo cual conlleva a que una parte de la población tenga inconvenientes para acceder oportunamente a los servicios de salud.

La identificación de estos factores de éxito, es importante para las entidades abordadas en este planteamiento, puesto que dichos factores podrán ser controlados desde el manejo de la gerencia, al poner mayor atención en las debilidades y trabajar en el posicionamiento de las fortalezas.

4.3 Conclusiones

Después de haber realizado el análisis interno de los recursos que disponen las empresas del sector, se describen las conclusiones por cada área funcional:

En el área de Administración y gerencia (A) se encontró que la función de la EPS e IPS dependen del régimen que se atiende y de su carácter público o privado. En el caso de las EPS, estas actúan como aseguradoras, pero tienen otras funciones como disminuir el riesgo y ayudar en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Por su parte, las IPS tienen como funciones cumplir con el Plan Obligatorio de Salud y contribuir en la generación de servicios de salud que incidan en el mejoramiento de las condiciones de bienestar y calidad de vida de las personas. En cuanto al conjunto de procesos gerenciales, se debe trabajar por mejorar la percepción y la gestión de las entidades de la salud. Por tanto, se debe realizar un planeamiento estratégico donde se definan las directrices para el desarrollo de las EPS e IPS, puesto que se han realizado planeamientos estratégicos para el sector de la salud, con un análisis superficial sobre el conjunto de actividades que deben desarrollar las EPS e IPS para proyectarse a futuro y alcanzar la visión deseada dentro del modelo de salud.

En el área de Marketing y ventas (M), se encontró que la oferta de servicios básicamente se encuentra en el Plan Obligatorio de Salud y, el tipo de atención depende del nivel de complejidad de los hospitales. Sin embargo, el país no ha presentado un comportamiento favorable en la inversión de la red pública hospitalaria respecto al gasto que se asigna para aspectos de salud. Por ello, Colombia debe invertir en la red hospitalaria, para que todas las entidades que prestan los servicios de salud brinden la mejor atención al

paciente. Por otro lado, el país ha presentado una inversión en campañas publicitarias para tratar y prevenir oportunamente algunos tipos de enfermedades, aunque se debe seguir impulsando este tipo de promoción en servicios de salud y además focalizarse en otros tipos de campañas preventivas. Al analizar los precios de las EPS e IPS, surge la necesidad de dejar a un lado la pugna en este aspecto y enfocarse en el servicio a través de la calidad. Otras actividades necesarias que deben asumir las entidades enfocándose en la población a la que van dirigidos sus servicios son: (a) mejorar la ubicación de las instalaciones para que no queden concentradas en mismo lugar, (b) hacer que la señalización sea visible e idónea y la forma de llegar sea accesible a toda la ciudadanía, y (c) tratar de dar solución a las barreras presentes para acceder a los servicios.

En el área de Operaciones & Logística e infraestructura (O), la gestión de operaciones productivas en las EPS e IPS depende mayormente de su infraestructura física, así como de su logística integrada. En cuanto a infraestructura física, el país y las entidades de la salud tienen un importante reto que el Gobierno ha identificado, a la vez que ha comenzado a adelantar estrategias para mejorar la capacidad resolutive en la prestación de servicios. En este orden de ideas, las entidades deben responder mejorando la calidad de los servicios de salud haciendo un uso de los recursos de los que dispone el sistema de salud, así como integrar operaciones y estudios de logística dentro de la red hospitalaria de prestación de servicios de salud donde se aborden: (a) los temas de fortalecimiento institucional, (b) planes de gestión, (c) nombramiento de directores, (d) nombramiento y funcionamiento de las juntas directivas, (e) reportes financieros, (f) contratación y compras, entre otros temas relevantes.

En el área de Finanzas y contabilidad (F), las EPS han presentado un manejo ineficaz de estos recursos, como se ve reflejado con la morosidad de estas entidades, en el caso de las del régimen contributivo, este comportamiento se presentó en gran medida debido al no pago de los recobros del FOSYGA; en el régimen subsidiado, influyen los malos manejos de los

fondos dados y la compleja asignación de recursos financieros. Es por esta razón que los entes concernientes deben garantizar que todos los recursos lleguen a su destino y que estos sean los óptimos para cubrir todas las necesidades de la población colombiana.

En el área de Recursos humanos (H) se encuentran los factores más importantes en las entidades de la salud, debido a que son los encargados del funcionamiento y la realización de las labores de las mismas. Es por esta razón, que en los últimos años se ha estado registrando un incremento del recurso humano en estos campos, como es el caso de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, odontólogos, entre otros. Pero se debe trabajar en las condiciones laborales de estas ramas, debido a que aún presentan falencias.

En general, en el modelo de salud, el rol que desempeñan los Sistemas de información y comunicación (I) se basa en que los organismos públicos reportan la información del modelo de salud. Algunos prestadores de servicios públicos, así como las instituciones privadas tienen sus propios sistemas de información que deben reportar a los sistemas de información estatales, dada la regulación del Gobierno. Por esta razón, estos sistemas deben integrarse entre todos los participantes de la cadena de valor del sistema de salud. Asimismo, los sistemas deben desarrollarse e instalarse dentro de todas las EPS e IPS con el fin de hacer un uso distintivo que consolide la calidad en la gestión de los procesos y que en lo posible permita la transferencia de conocimientos aprovechables para la promoción y prestación de servicios de salud.

Los temas de Tecnología e investigación y desarrollo (T) en el ámbito de la salud han tomado importancia en la agenda política nacional y en los sistemas de salud, con el fin de incidir en los procesos operacionales, las actividades gerenciales, y en todo el modelo de salud. El incremento de grupos de investigación y la cantidad de fondos dedicados a actividades de la salud no ha sido suficiente para realizar los avances tecnológicos que beneficien a la población. Por esta razón, se requiere aumentar la inversión para ciencia,

tecnología, e investigación, así como aunar esfuerzos que permitan mejorar la calidad de la población en temas de salud, tomar decisiones acertadas en los procesos operacionales, impulsar los conocimientos para el mejoramiento continuo, estimular la creación de tecnologías que impulsen procesos terapéuticos y de diagnóstico y, en general, que aporten al surgimiento de bienestar en la población.

Todas estas áreas funcionales permitieron la identificación de los factores de éxito, donde obtuvieron las fortalezas y debilidades que deben ser capitalizadas por medio de estrategias que permitan generar ventajas competitivas dentro del modelo de salud.



Capítulo V: Intereses de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia y Objetivos a Largo Plazo

En este capítulo se considera el *análisis tridimensional* de la organización (i.e., los intereses, el potencial organizacional, y los principios cardinales de las EPS e IPS). Este análisis conlleva a la matriz de intereses organizacionales (MIO), en la cual visualiza la interacción con organizaciones similares basadas en intereses comunes y opuestos. Luego, a través de estos intereses se enuncian los objetivos a largo plazo para alcanzar la visión establecida (D'Alessio, 2015).

5.1 Intereses de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia

Considerando los análisis externo e interno realizados en los Capítulos III y IV respectivamente, se establecieron los siguientes intereses para las EPS e IPS:

1. Aumentar la oferta de servicios de diversas especialidades en atención hospitalaria de acuerdo con los niveles de complejidad en las regiones del país, garantizando la accesibilidad total (i.e., atención y cobertura) de la población con servicios de calidad y eficiencia;
2. Aumentar la infraestructura física, el desarrollo tecnológico, los recursos humanos, y la logística integrada, dentro de las instalaciones donde se prestan los servicios de salud, impulsando los avances tecnológicos y la investigación científica en las EPS e IPS, para incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población;
3. Crear programas de promoción y prevención de la salud que incidan en el mejoramiento de los indicadores demográficos y de la calidad de vida de la población;
4. Buscar y equilibrar las fuentes de financiamiento tanto privadas como públicas, velando para que los flujos y pagos entre el Estado, EPS, e IPS sean de forma correcta y oportuna;

5. Actuar de acuerdo con la normativa establecida por los entes de salud en materia de prestación de servicios, considerando los principios éticos, jurídicos, y técnicos con el fin de incrementar la confianza entre los participantes del sistema de salud; y
6. Crear y articular sistemas de información que comprendan datos de prestación de servicios, instalaciones, indicadores de calidad, registros de salud, e información de carácter administrativo y financiero, con el fin de mejorar la toma de decisiones e incidir en el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios.

5.2 Potencial de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia

Para analizar el potencial de las EPS e IPS se analizan los siete dominios del poder nacional: (a) demográfico, (b) geográfico, (c) económico, (d) desarrollo tecnológico, (e) histórico-psicológico-sociológico, (f) organizacional y administrativo, y (g) militar. Todo ello permite definir las fortalezas que influyen en el desarrollo de las EPS e IPS y desde las cuales se podrá trabajar en la generación de ventajas competitivas, así como en las debilidades que se deben contrarrestar.

Demográfico. En Colombia las tasas de crecimiento natural (i.e., personas por cada 1,000 habitantes) han evidenciado una disminución en el quinquenio 1985-1990 que pasó de 22.03 a 13.07 para el quinquenio 2010-2015. Esto equivale a una disminución de 41% para la tasa de crecimiento natural en términos relativos y para el caso de términos absolutos nueve habitantes por cada 1,000 personas. En el quinquenio 2015-2020 se prevé que la población registre un aumento de 22.03 personas por cada 1,000 habitantes. Por el contrario, la tasa de natalidad ha presentado un comportamiento decreciente, para los quinquenios 1985-1990 y 2010-2015, donde la proyección de la tasa bruta pasó de 28.80 a 18.88; lo cual equivale a una disminución de 9.92 nacimientos por cada 1,000 habitantes, según el DANE (como se citó en el Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

Por el lado de la mortalidad no fetal, se registraron 196,536 defunciones en promedio para el periodo 2005-2013; y en términos generales, la tendencia presentó un comportamiento decreciente, la tasa de mortalidad ajustada por edad para este mismo periodo se redujo en 12% al pasar de 524.60 a 463.76 defunciones por cada 100,000 personas; de los cuales el 57.11% (1'005,708 personas) de muertes fue en hombres y el 42.89% (755,423 personas) fue en mujeres. Las causas primordiales de estos decesos para el periodo 2005-2013 fueron: las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de la diabetes mellitus, las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la cirrosis, y algunas otras enfermedades crónicas del hígado entre otras, según el DANE (como se citó en el Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

Diversas causas de mortalidad que se mencionaron son las más frecuentes a la hora de pedir consultas médicas y también se pueden prevenir con hábitos de vida saludable, condiciones óptimas en la vivienda y entorno, diagnósticos y tratamientos tempranos, y comportamientos preventivos, lo cual le ahorrará al paciente costos, tiempo por tratamiento e incapacidad, posibles secuelas que lleguen a afectar su vida productiva (Bonet & Guzmán, 2015).

Geográfico. A 2013, por lo menos el 70% de la población de cada departamento se encontraba afiliado al SGSSS. Esta cifra era mayor en las entidades territoriales con una mayor población (i.e., Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, y Atlántico), donde en promedio el 92% de los habitantes se encontraban afiliados. Sin embargo, en el departamento de Cundinamarca solamente en promedio el 74% de los habitantes se encontraban afiliados, junto a los departamentos de Caquetá, Guaviare, Vaupés, San Andrés, y Providencia (Guzmán, 2014). Como se muestra en la Tabla 15, de las EPS activas en el régimen contributivo, estas se encuentran localizadas bajo la lógica de mayor población mayor diversidad de EPS. En general, en cada departamento existen entre dos y 15 EPS.

Tabla 15

Número de EPS del Régimen Contributivo por Departamento (Noviembre de 2013)

Número de EPS	Número de departamentos	Departamentos
Hasta cinco EPS	11	Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Choco, Chocó, Guainía, Guaviare, Putumayo, San Andrés, Providencia, Vaupés, y Vichada
Entre seis y 10	10	Boyacá, Cauca, Cesar, Córdoba, Huila, La Guajira, Meta, Nariño, Norte de Santander, y Sucre
Entre 11 y 15	12	Antioquia, Atlántico, Bogotá D.C, Bolívar, Caldas, Cundinamarca, Magdalena, Quindío, Risaralda, Santander, Tolima, y Valle del Cauca

Nota. No se incluyó en el cálculo departamental de las EPS aquellas con un número de afiliados de dos o un dígito. Tomado de “Radiografía de la Oferta de Servicios de Salud en Colombia (Documentos de Trabajo sobre Economía Regional No 202),” por K. Guzmán, 2014, p. 21. Bogotá, Colombia: Banco de la República de Colombia.

Para el régimen subsidiado, las seis entidades con más afiliados concentran un poco más de la mitad de estos; ello mayormente se debe a la reducción en el número de EPS, puesto que como se mencionó en el Capítulo III, desde 1999 hasta 2013 se pasó de 245 a 35 EPS de diversa índole. Para evaluar la concentración de mercado, debido a que las EPS de cada régimen ofrecen sus servicios a personas de diferente perfil socioeconómico, se analizaron los resultados obtenidos del índice de Herfindahl–Hirschman (IHH). Allí, los resultados obtenidos para el régimen contributivo muestran que en 19 departamentos, una o dos EPS agrupan entre el 70% y el 100% de los afiliados; es decir, estos son altamente concentrados, mientras que 13 departamentos se consideran moderadamente concentrados, puesto que las principales tres EPS reúnen entre el 54% y el 74% de los afiliados. Solamente el mercado de Bogotá D.C. se consideraría no concentrado, puesto que para tener el 66% de los afiliados, requiere de cinco EPS (Guzmán, 2014).

El grado de concentración en el régimen subsidiado, muestra que en 19 departamentos una o dos EPS agrupan entre el 65% y el 100% de los afiliados, mientras que seis departamentos se pueden considerar como moderadamente concentrados, puesto que dos EPS

reúnen entre el 49% y el 60% de los asegurados, y hasta el 76%, considerando una tercera EPS. Para dicho régimen, solamente siete departamentos no se considerarían mercados concentrados, puesto que agrupan entre el 54% y 66% de los usuarios. Por su parte, en San Andrés y Providencia existía monopolio puesto que Caprecom era la única entidad encargada de la afiliación (Guzmán, 2014). En el contexto de las IPS, como se había mencionado anteriormente, existe un alto grado de concentración puesto que en términos absolutos los departamentos más poblados tienen un mayor número de IPS, como se puede evidenciar en la Figura 14.

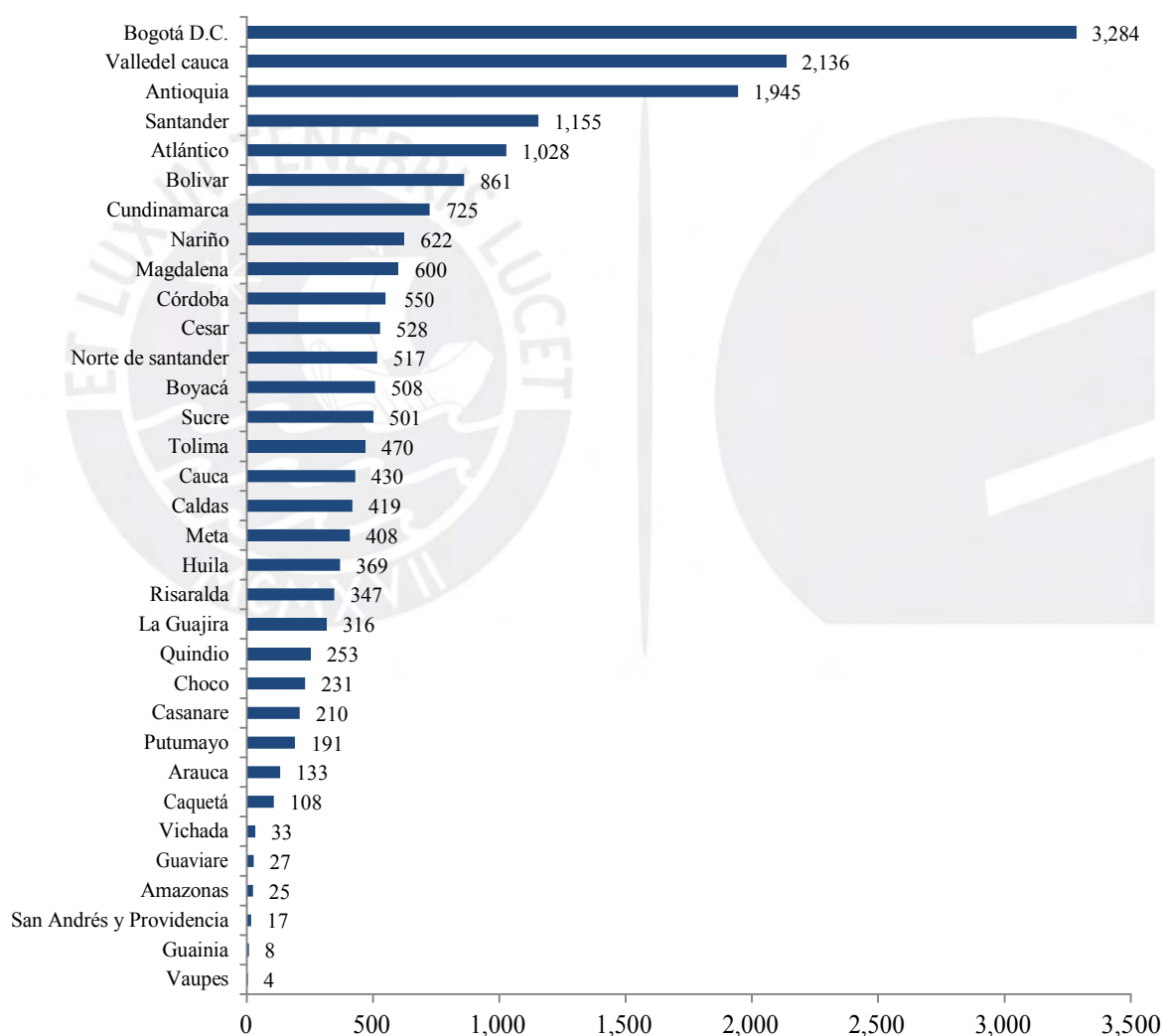


Figura 14. Cantidad de IPS por departamento en 2013.

Tomado de “Radiografía de la Oferta de Servicios de Salud en Colombia (Documentos de Trabajo sobre Economía Regional No 202),” por K. Guzmán, 2014, p. 21. Bogotá, Colombia: Banco de la República de Colombia.

Sin embargo, al analizar el número de IPS en relación a cada 100,00 habitantes, el único departamento que mantiene su posición es Santander. De hecho, es de resaltar el comportamiento de dos departamentos. Por un lado, Antioquia se encuentra en las últimas posiciones por debajo de departamentos de menores ingresos como Chocó, Boyacá, y Nariño; y de otro lado, Casanare que aparece en las primeras posiciones, pese a ser uno de los departamentos con menor población (ver Figura 15).

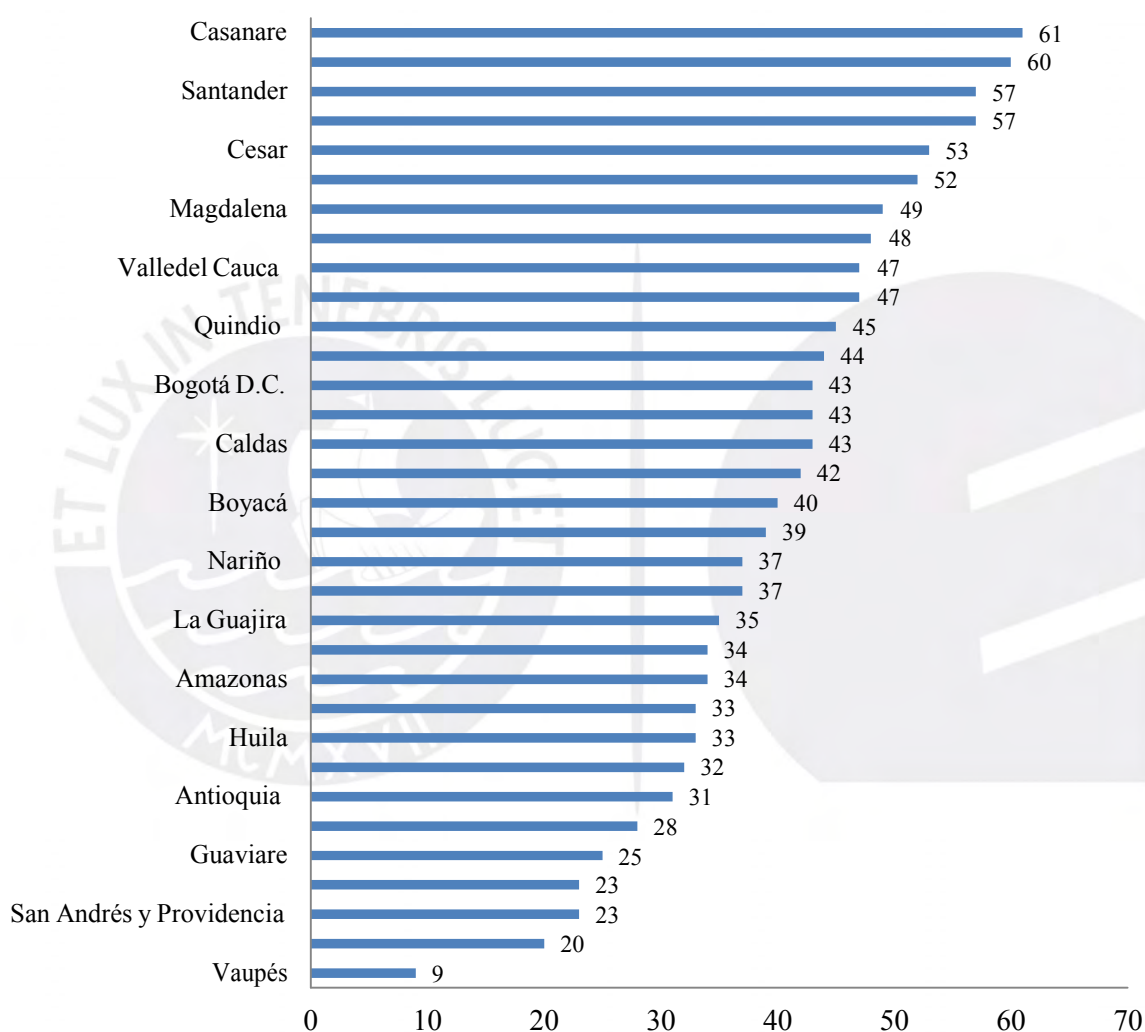


Figura 15. Cantidad de IPS por cada 100,000 habitantes en 2013.

Tomado de “Radiografía de la Oferta de Servicios de Salud en Colombia (Documentos de Trabajo sobre Economía Regional No 202),” por K. Guzmán, 2014, p. 22. Bogotá, Colombia: Banco de la República de Colombia.

Lo más preocupante para el sistema de salud, es que todavía existen 10 municipios que no tienen ningún tipo de operador: cinco en Guainía, tres en Vaupés, uno en Huila, y uno

en Santander, puesto que la distancia a recorrer para acceder al servicio de salud, el tiempo del viaje, y el costo, representan serias amenazas en la salud de los pacientes. En cuanto a los niveles de complejidad, de 41 IPS de alta complejidad existentes, estas se encuentran localizadas en 20 municipios, 17 de ellas en Bogotá y cuatro en Santander, mientras que en 445 entidades territoriales solo existen IPS de baja complejidad (Guzmán, 2014).

Económico. El gasto es una de las partes fundamentales a la hora de empezar a analizar los sistemas de salud, cuando se tiene un buen conocimiento de este. Todas las políticas que se empiecen a planificar deberían tener mayor probabilidad de éxito a futuro y con ello se lograría el mejoramiento del bienestar de las personas, y el desarrollo económico y social sostenible de Colombia (Orozco, 2015).

En Colombia el gasto de salud se puede analizar a partir de dos categorías dependiendo de su financiamiento, que puede ser: (a) gasto público o (b) gasto privado. El gasto público se compone por el régimen contributivo, el régimen subsidiado, la prestación de servicios a la población pobre no asegurada (PPNA), la salud pública, y lo correspondiente a otros servicios y programas institucionales. El gasto privado está integrado por los seguros privados en salud (i.e., medicina preparada, otros seguros voluntarios, y el seguro obligatorio de tránsito [SOAT]) y por los gastos de bolsillo en salud. Todos estos gastos en salud han estado presentado un crecimiento en los últimos años, en 2000 eran el 5.9% del PIB y para 2011 tenía una participación de 6.5%; de esta cifra el sector privado tenía el 1.6% y el sector público el 4.9% (Pérez, 2015).

El sistema de salud colombiano recibe principalmente los recursos del sector público, donde sobresalen las provenientes de: (a) las cotizaciones de trabajadores y los aportes patronales; los cuales deben hacerse obligatoriamente a todos los trabajadores que se encuentran afiliados al régimen contributivo); (b) los recursos del presupuesto nacional; y (c) las rentas cedidas. Sumado a esto, están los aportes parafiscales de las cajas de

compensación familiar para el financiamiento del régimen subsidiado. Los departamentos y municipios también designan financiación para la atención, como es el caso de las regalías y otros recursos de libre destinación por parte de las entidades territoriales. Para el caso de las entidades privadas, estas reciben recursos por parte del gasto propio que realizan las empresas y personas en salud, por medio de pólizas de salud, planes complementarios, gastos de bolsillo de la población, planes de medicina prepagada, diferentes a los contemplados que son obligatorios por la Ley 100 (Núñez & Zapata, 2012).

Refiriéndose al presupuesto de 2015, según el ministro Mauricio Cárdenas (como se citó en el Ministerio de Hacienda y Crédito Público [MINHACIENDA], 2014): “. . . está comprometido con la prosperidad social, el crecimiento con equidad y la generación de empleo” (p. 1), y este fue de \$216.2 billones COP, de los cuales \$18.998 billones COP fueron destinados a salud y protección social. Dentro de esta asignación, se resalta el apoyo al programa Colombia Mayor, el cual apoya económicamente a los ciudadanos de niveles 1 y 2 del Sisbén (i.e., sistema de información diseñado por el Gobierno nacional para identificar a las familias potenciales beneficiarias de programas sociales) que tengan más de 65 años, el cual pasó de 1.3 a 1.5 millones de colombianos (MINHACIENDA, 2014). Comparando estos datos con los de 2014, se evidencia un incremento en el monto del presupuesto total de la nación, que para 2013 fue de \$203 billones COP y de esta cantidad para el tema de salud y protección social se asignó \$18.132 billones COP, de los cuales \$6.7 billones COP al SGP-Salud, \$3.3 billones COP a la sostenibilidad del régimen subsidiado de salud, \$0.247 billones COP para vacunación, \$7.8 billones para otros. Considerando 2015, se puede observar que hubo una reducción del presupuesto que se asigna para este rubro (Cárdenas, 2013).

Tecnológico. Los servicios de salud en Colombia evidencian la necesidad de contar con procesos de gestión tecnológica para obtener el máximo provecho de los avances en el campo biomédico, haciendo uso racional de los recursos. Sin embargo en su mayoría, las

ventajas de los modelos de gestión de tecnologías superan sus desventajas, pese a que ningún modelo presenta fortalezas en todos los criterios que los comprenden. Para la prestación de los servicios de salud, existen modelos de gestión de tecnología publicados por organizaciones líderes en el tema y otros de carácter académico, los cuales son referentes a la hora de ejecutar procesos de gestión tecnológica en IPS. Sin embargo, se requiere desarrollar un modelo conjunto de gestión de tecnología biomédica, donde se consideren las fortalezas de los modelos de salud y las particularidades como el nivel de la institución donde se quiera implementar. En este último aspecto, particularmente se debe considerar la diversidad tecnológica característica de cada nivel de atención en salud, puesto que según los niveles de complejidad de las entidades, se podrán ejecutar procesos más detallados y acordes con la complejidad de la tecnología presente en la IPS (Castaño & Pérez, 2015).

Esta particularidad evidencia las diferencias marcadas por sector, por ejemplo en el caso de Bogotá, se cuenta con una oferta de prestadores de servicios de salud, donde se cuenta con altísima tecnología (Latorre & Barbosa, 2012). La situación en cambio es diferente en las IPS de los municipios más remotos del país, y mayor aún según el nivel de complejidad en la atención prestada.

Los niveles de complejidad en la atención en salud son determinantes para un hospital, puesto que para la prestación de servicios se requiere de mayores o menores recursos según su nivel de complejidad; esto es desde un equipo básico hasta uno altamente sofisticado. Sin embargo, es importante considerar que el éxito en la prestación de servicios de salud depende del uso asignado desde la atención hasta la eficacia de los equipos empleados durante un diagnóstico y terapia del usuario. En el caso de la atención, no se trata solamente de la atención primaria en salud, sino también son importantes los sistemas de cómputo para asignar citas, entregar información y facturar, entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2000a). Antes de la implementación de las leyes de mercado en el sector

de salud, la dinámica de los prestadores de servicios de salud se caracterizaba por el deterioro y rezago tecnológico en los hospitales públicos, mientras las instituciones privadas tenían una dinámica contraria, al venirse preparando para la competencia del mercado (USAID, CENDEX, & Procuraduría General de la Nación, 2012).

Con la incorporación de las TIC en la salud, se plantearon tres escenarios de aplicación: (a) software médico o sistemas de gestión institucional, para proveer a los participantes del sistema de conectividad electrónica con fines administrativos, asistenciales, y en el manejo de información de interés en salud pública; (b) acceso a servicios de información para profesionales y pacientes, impulsando el fortalecimiento en la investigación y el uso de redes de acceso a Internet como herramientas de interconectividad; y (c) soporte en comunicación a las actividades asistenciales, médicas, y quirúrgicas, es decir uso de comunicaciones para llevar a cabo una atención integral y de calidad al usuario (Avella & Parra, 2013; Muñoz & Calderón, 2008).

Sin embargo en el contexto de las tecnologías de salud, se evidencian diversos problemas, entre ellos: (a) la presencia de factores asociados a la deficiente actualización del recurso humano y, la forma en que se determina e incorpora la tecnología en las instituciones de baja y media complejidad; (b) la incorporación de tecnología biomédica se ha dado de forma tardía por la ausencia de sistemas de evaluación tecnológica para el sector de la salud; (c) las políticas de incentivos se han centrado en mejorar el prestigio de las instituciones, sin consolidar estrategias de incentivos para los prestadores y aseguradores en el sistema de salud, encaminadas a incrementar la investigación científica y el desarrollo tecnológico; y (d) la ausencia de una instancia de evaluación tecnológica, preferiblemente por fuera de actores principales del sistema como el Gobierno, EPS, e IPS, que genere información sobre la tecnología necesaria en el sistema de salud que se ajuste a las necesidades del país (USAID, CENDEX, & Procuraduría General de la Nación, 2012).

Histórico-psicológico-sociológico. Según Cisneros (2003), el inicio de la seguridad social en el país se remonta a 1945, cuando se dio el surgimiento de la Caja Nacional de Previsión y después de un año el origen del Instituto Colombiano del Seguro Social; en el cual se evidenciaba una importante diferencia entre la seguridad social, la cual velaba por los trabajadores privados y la previsión social utilizada por los funcionarios públicos. El Instituto del Seguro Social tuvo un comportamiento monopólico sobre los trabajadores del sector privado y por el lado del sistema de previsión social se vio un comportamiento desarticulado en las numerosas instituciones, llevando a que surgiera una caja de previsión por cada empresa pública. Este comportamiento produjo que en 1991 existieran 1,200 Cajas de Previsión aproximadamente; por el contrario del Instituto del Seguro Social, el cual seguía siendo el único que existía para brindar la seguridad social al sector privado. Este comportamiento llevó a que el Instituto del Seguro Social empezara a reflejar averías y desigualdad plasmadas en: (a) cubrimiento mínimo de la población, (b) inoportunidad e ineficiencia de los servicios prestados, y (c) el déficit financiero generalizado en el sistema.

Posteriormente, el Gobierno con el fin de mejorar el acceso de la ciudadanía a los servicios de salud, estableció la Ley 100 de diciembre de 1993, con la cual nace el sistema de seguridad social integral, en paralelo con otras determinaciones, las cuales llevaron a que esta reforma fuera la más relevante en los últimos 50 años (Cisneros, 2003). Este es un “. . . sistema de salud de competencia regulada, basado en la mezcla pública-privada y mercado-regulación” (Agudelo et al., 2011, p. 2818).

En Colombia además de las entidades respaldadas por la ley, existen otras alternativas como es el caso de la medicina alternativa, médicos particulares, y entidades prepagadas, aunque muchas de estas alternativas son más costosas, muchas personas prefieren pagar estos excedentes debido a la mala atención y demora a la hora de recurrir a las EPS. Por esta razón, la existencia de estas opciones ayuda a solucionar muchos de los problemas de salud que aquejan a la población de forma rápida y con buenos resultados.

Organizacional y administrativo. En el sistema de salud colombiano, las EPS han sido diseñadas para cumplir la función de agencia dentro del aseguramiento, mientras que las IPS son las encargadas de la prestación directa de los servicios de salud. Para la afiliación al régimen contributivo, la base del contrato de aseguramiento se establece a partir de la relación laboral, mientras que en el régimen subsidiado (excepto en la modalidad de subsidios parciales), el Estado tiene a cargo el aseguramiento (PARS, 2005).

En ambos casos, las EPS e IPS actúan bajo la modalidad de entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias, y solidarias, que están organizadas para prestar los servicios de salud a los afiliados del SGSSS (Ley 100, 1993). Como IPS están conformadas por consultorios, laboratorios, hospitales, y los profesionales que individual o colectivamente ofrecen sus servicios. A estos se suma, el rol que desempeña el Estado en la regulación y control de las funciones del sistema de salud.

Además, como se analizó en el Capítulo IV, existen 18 EPS adscritas al régimen contributivo y 35 para el régimen subsidiado. En cuanto al número de IPS existen 18,959 bajo las modalidades privadas, públicas, y mixtas. Las instituciones públicas por su parte, están conformadas de acuerdo a su nivel de atención en baja complejidad, complejidad media, y complejidad alta (Guzmán, 2014).

El sistema de salud tiene un alto potencial en las organizaciones y los niveles de administración en relación a los recursos humanos, la infraestructura, los servicios prestados, y la calidad de los mismos, entre otros factores. En cuanto al potencial del área administrativa propiamente dicho, este brinda la posibilidad de que las EPS e IPS se agremien, con el objetivo de consolidar prácticas que incidan en el mejoramiento de la prestación de servicios de salud. Sin embargo, se presentan serios retos, puesto que la gestión de las EPS e IPS se ve afectada por los niveles de burocracia en todos los organismos estatales de salud y por la ausencia de regulación de los organismos de control y vigilancia. Por tanto, se requiere que tanto el Estado como las entidades de la salud asuman el rol identificado en el sistema de salud.

Militar. Como se abordó en el potencial nacional, el dominio militar tiene como objetivo contribuir a generar un ambiente de paz, seguridad, y desarrollo (Ejército Nacional, 2014). En este sentido, lo militar en el sector de la salud tiene un rol determinante, puesto que referirse a seguridad en Colombia, involucra principios teóricos, conceptos, y formas de abordar el crimen y la violencia donde se incluyen modelos de prevención inspirados en la salud pública y la epidemiología, y principios de teoría económica del crimen relacionados con los costos del crimen y la violencia (Rivas, 2005).

La falta de seguridad ha ocasionado que infraestructura física como los centros de salud sean el objetivo de los grupos armados, además del número de muertes y el ejercicio propio del conflicto colombiano, contribuyendo al deterioro de la salud de la población civil. Estas condiciones aumentan el riesgo de contraer enfermedades, ser heridos, o morir. A modo de ejemplo, el proceso del desplazamiento forzado y las condiciones precarias en los municipios receptores provocan una fácil dispersión de enfermedades infecciosas y por tanto inciden en el deterioro del estado de salud. Además, el aumento del gasto militar significa retirar los recursos estatales destinados a la salud e infraestructura pública (Ibáñez & Jaramillo).

La situación se empeora, si se considera que en el sector defensa se cuenta con un plan integral de bienestar de la fuerza pública que atiende temas en materia de salud y que se constituye como un régimen exceptuado del sistema de salud en Colombia (Ministerio de Defensa, 2016).

5.3 Principios Cardinales de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia

Los principios cardinales hacen posible reconocer las oportunidades y amenazas para dichas organizaciones en su entorno (D'Alessio, 2015). Estos principios son:

Influencia de terceras partes. Para el caso colombiano, el sistema de salud está compuesto por cuatro actores, que son: (a) Estado, (b) promotores, (c) prestadores, y (d)

usuarios. El Estado cuenta con ayuda de entidades como el Ministerio de Salud, el cual se encarga de coordinar, dirigir, y controlar; la Superintendencia de Salud, cuya labor es la vigilancia y control del sistema; y por último la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que se encarga de la dirección del sistema de salud (Jiménez, 2013).

El Estado. En el caso del Ministerio de Salud, este: (a) establece y pone en práctica políticas, estrategias, programas, y proyectos para el SGSSS, teniendo como base los planes y programas que han sido aprobados por el Congreso de la Republica; (b) supervisa la calidad de los servicios prestados y controla los factores de riesgo; (c) impone las normas administrativas para el buen desempeño de las EPS e IPS del SGSSS; y (d) pone en marcha los parámetros para determinar la eficiencia del manejo de las EPS e IPS del SGSSS, entre otros aspectos. La Superintendencia Nacional de Salud tiene como objetivo establecer y poner en marcha políticas para la inspección, vigilancia, y control del SGSSS. Esta se encarga de establecer qué EPS e IPS es constituida o habilitada y asimismo, liquida y recauda la tasa encargada de velar por las entidades que están a su supervisión e inspecciona el monopolio rentístico de los negocios de juegos de azar y de bebidas alcohólicas. Por último, la CRES se encarga de dictaminar normas que regularán las SGSSS, impulsa un modelo para la competencia regulada, tiende por una adecuada implementación de los recursos, cuida por lograr y mantener la estabilidad financiera, determina y renueva el plan obligatorio de salud (POS) y la Unidad de Pago por Capitación (UPC), entre otras (Jiménez, 2013).

Promotores. Las EPS tienen como objetivos: (a) la afiliación y el cobro de las cotizaciones de todos los afiliados, (b) la responsabilidad de encargarse de intermediar y manejar óptimamente los recursos que asigna el Estado, y (c) velar por la buena salud de todos sus afiliados por medio de la realización de campañas que ayuden a la prevención y conocimiento sobre este tema y con ello puedan reducir el uso de los servicios de salud. Por estas razones, las EPS son las encargadas de brindar todos los servicios de salud y garantizar la buena salud de todos sus afiliados (Jiménez, 2013).

Prestadores. O instituciones prestadoras del servicio de salud (IPS) cuentan con autonomía administrativa, técnica, y financiera. Tienen que suministrar la información a todos sus beneficiarios de forma oportuna, completa, y verdadera y, evitar posiciones dominantes en el sistema. Estas entidades deben abstenerse de realizar vínculos con asociaciones o sociedades científicas, que llevan a que se impida, restrinja, o distorsione cualquier competencia dentro de los servicios de salud o su prestación de servicio; no obstante, estas prácticas cada vez se hacen más presentes en el país, no solo por parte de las IPS, sino también por las EPS. Ello se ha debido mayormente por los bajos fondos que se asignan, los retrasos de los pagos realizados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o las EPS, o por el simple hecho de ver la salud como un negocio que deja altas ganancias a terceros (Jiménez, 2013).

Usuarios. Los cuales como ya se ha mencionado anteriormente, pueden pertenecer al régimen contributivo o subsidiado (Jiménez, 2013). Sin importar a cuál régimen pertenezca la población, las entidades encargadas deben velar para que se les brinde la atención oportuna, el tratamiento adecuado, el óptimo seguimiento a los tratamientos, los medicamentos necesarios, conocimiento sobre prevención de enfermedades, entre otros.

Lazos pasados y presentes. El funcionamiento de las EPS e IPS se caracteriza por actuar de acuerdo con la normativa establecida mediante la Ley 100 de 1993. Desde su expedición, los resultados muestran que el sector de la salud ha tenido importantes logros en cobertura y acceso, principalmente de la población más vulnerable; además de la movilización de recursos, el desarrollo institucional, la mejora de la equidad, y mayor eficiencia en el sistema (Núñez & Zapata, 2012); no obstante, pese al avance en el SGSSS, este se encuentra en una difícil coyuntura, puesto que el funcionamiento de las EPS e IPS se caracteriza por: (a) una serie de problemas identificados desde antes de implementarse el nuevo sistema de seguridad social y (b) otros problemas que surgieron durante su implementación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2005). Dados estos

inconvenientes, la política actual de prestación de servicios y los planes estratégicos para el sector de la salud han potenciado el desarrollo del mismo.

Conservación de los enemigos. Los principales enemigos de las EPS e IPS en Colombia han sido una serie de problemas acumulados desde antes de la implementación del nuevo modelo del SGSSS y otros que surgieron a partir de la Ley 100 de 1993. Dentro de los problemas acumulados se encuentran: (a) la baja capacidad resolutive de las instituciones de baja y media complejidad, con factores asociados a la deficiente actualización del recurso humano, las condiciones de la infraestructura, y la forma y el tiempo de espera en que se incorpora la tecnología; (b) la incapacidad de las instituciones de adaptarse a los cambios en el sistema de salud; (c) las posibilidades de financiación del sector público; (d) la información fragmentada e incompleta sobre los prestadores y la prestación de servicios; (e) la ausencia de un sistema de rendición de cuentas que evalúe los resultados en salud y la gestión en la prestación de servicios; (f) la organización de las redes de servicios en el país; y (g) las debilidades en la gestión de las entidades tanto públicas como privadas, encargadas de la dirección, aseguramiento, y prestación de los servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2005).

Como problemas emergentes surgieron: (a) la desarticulación y direccionamiento de la oferta, lo cual limita el acceso y la integralidad de la atención de los usuarios; (b) la ausencia de sistemas de información sobre la calidad de los servicios; (c) la falta de incentivos para mejorar el prestigio de las instituciones e invertir en investigación científica y el desarrollo tecnológico; (d) las constantes contradicciones entre aseguradores y prestadores por la contratación de servicios; (e) la definición de los precios y los pagos utilizados por la compra de servicios de salud, estos últimos, porque los mecanismos de pago básicamente se rigen por actividades históricas y precios indexados y no tienen su origen en variables como calidad y costo efectividad; y (f) el desequilibrio existente en la oferta de diversas regiones del país, puesto que algunas presentan una limitada oferta y otras tienen sobreoferta de

servicios, tanto en el sector público como en el privado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2005).

Estos obstáculos deben impulsar a las EPS e IPS, para que desarrollen estrategias sólidas que permitan superar estas problemáticas y brinden una oferta adecuada de servicios de salud a los habitantes del país, bajo los principios de calidad, eficiencia, equidad, mejoramiento continuo, respeto, responsabilidad, y transparencia.

Contrabalance de los intereses. El país atraviesa una crisis del sistema de salud ya sea para el caso público o privado, lo cual conduce a que se vean afectados los ciudadanos que hacen uso de este sector, debido a la negligencia, inadecuada atención médica, retraso en la asignación de citas y entrega de medicamentos, entre otros. Estos comportamientos llevan a que la población tenga que acudir a tutelas, quejas, y protestas, para poder conseguir que se respeten sus derechos (Pedreros, 2014).

Algunos comportamientos inadecuados con los pacientes son presentados por las EPS, las cuales como se ha evidenciado, según Núñez y Zapata (2012), tienen un rol fundamental a la hora de la asignación de los importes para el sistema de salud y el logro en la realización de la prestación de los servicios correspondientes. Por ejemplo, este tipo de comportamiento se da cuando las EPS no asignan los recursos suficientes, ya sea por demora en la cancelación de los pagos a las IPS, contratos no adecuados que llevan a que no se logre la integridad en el sistema o que la ciudadanía se vea restringida a usar los servicios de salud. Muchos de estos comportamientos se deben a la preferencia de las EPS por IPS que les pertenecen o con las que ya tienen convenios establecidos, esto lleva a que se vulnere los derechos de la población.

Otra problemática que generan las EPS son las tendencias al sobrecobro que realizan al FOSYGA, por concepto de mayor prestación de servicios no pos, al que los usuarios acceden por medio de estancias judiciales y, de las decisiones que se toman a través de los Comités Técnico-Científicos. Este comportamiento tiene repercusiones altas, como lo es

menor calidad en la prestación de servicios y el incremento en la desigualdad a la hora de la atención de los servicios. Es decir, que la población colombiana sigue siendo la principal damnificada con este comportamiento (Rivera, 2013).

Algunos hospitales públicos enfrentan la problemática de la distribución de las áreas hospitalarias por parte de los partidos políticos, lo cual conduce a que se vea afectada la contratación del personal. Este problema se ha visto agudizado con: (a) la descentralización y la privatización; (b) la relación entre las aseguradoras, las jerarquías financieras, y los partidos políticos; (c) el bajo nivel de rectoría, asistencia técnica, vigilancia, y control; y (d) la inestabilidad laboral. Este contexto produce que se afecten los valores de honestidad, confianza, y responsabilidad que deben tener los hospitales (Molina & Ramírez, 2013).

Para contrarrestar estos efectos, son importantes los aportes que realiza el Congreso y el Gobierno nacional, por medio del Poder Legislativo y Ejecutivo para regular el sistema a través de las normas y leyes sobre funciones, competencias, comportamiento de los actores, y la financiación de estos, como lo que se logró con la Ley 1000 de 1993 y Ley 1122 de 2007. A estos, también se suman el Ministerio de Salud y Protección social, la CRES, y el FOSYGA, los cuales ayudan a la regulación por medio de normas, parámetros, y orientaciones acerca de la gestión, administración, y operación (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2009).

5.4 Matriz de Intereses de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia

Los intereses organizacionales son fines que la organización intenta alcanzar para tener éxito en la industria y en los mercados donde compite (D'Alessio, 2015). La matriz de intereses de las EPS e IPS que se muestra en la Tabla 16 reúne los aspectos más importantes obtenidos a través de los análisis externo e interno, los cuales contribuyen a alcanzar la visión. Para ello, se plantean los intereses de dichas entidades, tanto comunes como opuestos, clasificados de acuerdo a su nivel de intensidad (i.e., vitales, importantes, o periféricos).

Tabla 16

Matriz de Intereses de las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud en Colombia

Intensidad del interés	Vital (Peligro)	Importante (Serio)	Periférico (Molesto)
1. Aumentar la oferta de servicios en diversas especialidades en atención hospitalaria de acuerdo con los niveles de complejidad en las regiones del país, garantizando la accesibilidad total (i.e., atención y cobertura) de la población con servicios de calidad y eficiencia	Agencias estatales de salud* Aportantes* EPS e IPS*	Proveedores* RR.HH. de salud*	Medicina alternativa** Médicos particulares** Medicina prepagada**
2. Aumentar la infraestructura física, el desarrollo tecnológico, los recursos humanos, y la logística integrada, dentro de las instalaciones donde se prestan los servicios de salud, impulsando los avances tecnológicos y la investigación científica en las EPS e IPS, para incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población	Agencias estatales de salud* EPS e IPS privadas*		Medicina alternativa** Médicos particulares** Medicina prepagada**
3. Crear programas de promoción y prevención de la salud que incidan en el mejoramiento de los indicadores demográficos y de la calidad de vida de la población	Agencias estatales de salud* EPS e IPS*	Medicina alternativa** Médicos particulares** Medicina prepagada**	Instituciones extranjeras de salud**
4. Buscar y equilibrar las fuentes de financiamiento tanto privadas como públicas, velando para que los flujos y pagos entre el Estado, EPS, e IPS sean de forma correcta y oportuna	Agencias estatales de salud* EPS e IPS*	Aportantes* Usuarios*	
5. Actuar de acuerdo con la normativa establecida por los entes de salud en materia de prestación de servicios, considerando los principios éticos, jurídicos, y técnicos con el fin de incrementar la confianza entre los participantes del sistema de salud	Agencias estatales de salud* EPS e IPS*		
6. Crear y articular sistemas de información que comprendan datos de prestación de servicios, instalaciones, indicadores de calidad, registros de salud, e información de carácter administrativo y financiero, con el fin de mejorar la toma de decisiones e incidir en el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios	Agencias estatales de salud* EPS e IPS* Aportantes*	RR.HH. de salud*	

Nota. *Intereses comunes. **Intereses opuestos. Adaptado de “El Proceso Estratégico: Un Enfoque de Gerencia (3a ed.),” por F.A. D’Alessio, 2015. Lima., Perú: Pearson.

Los intereses organizacionales para las EPS e IPS están definidos por los siguientes actores: (a) los aportantes (dentro del RC); (b) los aseguradores (EPS); (c) los prestadores de servicios de salud (i.e., IPS: consultorios, laboratorios, hospitales, y los profesionales que individual o colectivamente ofrecen sus servicios); (d) los proveedores; (e) los pacientes-consumidores (usuarios); y (f) las agencias estatales (i.e., Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud [INS], y entes territoriales encargados de administrar el SGSSS. Estos entes se han mencionado anteriormente y se incluyen dentro de las agencias estatales. Básicamente se hace referencia al Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia de Salud, y la Comisión de Regulación en Salud; además, de los municipios y departamentos con el esfuerzo fiscal propio para contribuir a la salud.

Es importante mencionar que el Instituto Nacional de Salud (INS) tiene como objeto: (a) desarrollar y gestionar el conocimiento científico en salud para contribuir a mejorar las condiciones de salud de los individuos; (b) realizar investigación científica básica y aplicada en salud; (c) promover la investigación científica, la innovación, y la formulación de estudios de acuerdo con las prioridades de salud pública de conocimiento del Instituto; (d) la vigilancia y seguridad sanitaria en los temas de su competencia; (e) la producción de insumos biológicos; y (f) actuar como laboratorio nacional de referencia y coordinador de las redes especiales, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema de Ciencia, Tecnología, e Innovación (INS, 2016).

5.5 Objetivos a Largo Plazo

Los objetivos a largo plazo (OLP) son los objetivos estratégicos y representan los resultados que la organización espera obtener luego de implementar las estrategias externas específicas escogidas. Estos parten de la visión y misión, y se derivan cuantitativamente de los intereses organizacionales (D'Alessio, 2015). La visión del sector es:

Al 2026, las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud de Colombia serán reconocidas en el ámbito mundial por ser altamente competitivas en la prestación de servicios de salud, caracterizándose por una cobertura total (al 100%) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la calidad oportuna en los servicios prestados, la equidad en el acceso, y el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios. Para esto, se desarrollarán acciones de promoción, prevención de enfermedades, gestión de recursos para la universalidad, implementación, y evaluación permanente de tecnologías de salud y una serie de programas que conduzcan al ofrecimiento de un servicio integral.

Para alcanzar esta visión en los próximos 10 años, se han definido los siguientes objetivos:

Objetivo a largo plazo (OLP1). Al 2026, aumentar la cobertura en el acceso al 100%. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2015a), en el primer trimestre de 2015 se encontraba en 96.7%.

Objetivo a largo plazo (OLP2). Al 2026, certificar al 70% de las 2,500 IPS por organismos de acreditación de calidad en salud, calificando su alto desempeño. En 2015, solo 32 IPS se encontraban certificadas, equivalentes al 1.28%, y más de 150 IPS se encontraban en proceso de acreditación (“Solo 32,” 2015).

Objetivo a largo plazo (OLP3). Al 2026, incrementar a 25 la cantidad de IPS dentro del ranking de las mejores clínicas y hospitales de Latinoamérica. Según América Economía (2016), a diciembre del mismo año se encontraban 21 IPS dentro del ranking que selecciona las 44 mejores IPS de Latinoamérica (ver Tabla 17).

Este ranking es un factor determinante para evaluar el potencial de la red hospitalaria a través de los indicadores de (a) seguridad y dignidad del paciente, (b) capital humano en salud, (c) capacidad económica e infraestructura de la red hospitalaria, (d) gestión del conocimiento, (e) eficiencia médica (i.e., financiera y mecanismos de gestión de la calidad), y (f) prestigio (Suárez, 2016). Estos indicadores reflejan la manera cómo la salud incide en el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios.

Tabla 17

Ranking de Clínicas y Hospitales 2016

Hospital o clínica	País	Ciudad
Hospital Israelita Albert Einstein	Brasil	Sao Paulo
Clínica Alemana	Chile	Santiago
Fundación Valle del Lili	Colombia	Cali
Hospital Samaritano de Sao Paulo	Brasil	Sao Paulo
Hospital Italiano de Buenos Aires	Argentina	Buenos Aires
Hospital Clínica Bíblica	Costa Rica	San José
Fundación Cardioinfantil	Colombia	Bogotá
Fundación Cardiovascular de Colombia	Colombia	Bucaramanga
Hospital Pablo Tobón Uribe	Colombia	Medellín
Hospital Universitario Austral	Argentina	Buenos Aires
Clínica Internacional	Perú	Lima
Médica Sur	México	C. de México
Centro Médico Imbanaco	Colombia	Cali
Clínica Ricardo Palma	Perú	Lima
Hospital Alemao Oswaldo Cruz	Brasil	Sao Paulo
Hospital Universitario de San Vicente Fundación	Colombia	Medellín
Hospital Alemán	Argentina	Buenos Aires
Hospital Moinhos de Vento	Brasil	Porto Alegre
Policlínica Metropolitana	Venezuela	Caracas
Clínica las Américas	Colombia	Medellín
Foscal	Colombia	Bucaramanga
Mederi	Colombia	Bogotá
Hospital Punta Pacífica	Panamá	C. de Panamá
Colsanitas-Clínica Universitaria Colombia	Colombia	Bogotá
Clínica del Occidente	Colombia	Bogotá
Hospital Sao Vicente de Paulo	Brasil	Rio de Janeiro
Hospital Infantil Sabara	Brasil	Sao Paulo
Hospital de Clínicas Caracas	Venezuela	Caracas
Hospital General de Medellín	Colombia	Medellín
Hospital Edmundo Vasconcelos	Brasil	Sao Paulo
Clínica Universidad de la Sabana	Colombia	Bogotá
Hospital el Cruce	Argentina	Florencio Varela
Clínica Universidad Bolivariana	Colombia	Medellín
Clínica Marly	Colombia	Bogotá
Hospital de Niños Roberte Gilbert Elizalde	Ecuador	Guayaquil
Hospital Galencia	México	Cancún
Clínica Medellín	Colombia	Medellín
Hospital Sótero del Río	Chile	Santiago
Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt	Colombia	Bogotá
Hospital Universitario Departamental de Nariño	Colombia	Pasto
Clínica el Rosario-Sede Tesoro	Colombia	Medellín
Clínica Cardio VID	Colombia	Medellín
Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch-M'Boi Mirim	Brasil	Sao Paulo
Fundación Hospital Infantil los Ángeles	Colombia	Pasto

Nota. Tomado de “Ranking Clínicas y Hospitales 2016,” por América Economía, 2016. Recuperado de <http://rankings.americaeconomia.com/2016/clinicas/ranking>

Objetivo a largo plazo (OLP4). Al 2026, mejorar la tasa de satisfacción global en 10% para las EPS e IPS. En 2015, esta tasa correspondía a 86.40% para las EPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016c) y 83.20% para las IPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016d) (ver Tablas 18 y 19).

Tabla 18

Tasa de Satisfacción Global para EPS en Colombia

Periodo	Tasa de satisfacción por periodo	Tasa de satisfacción anual
2010-1	90.300	91.805
2010-2	93.310	
2011-1	36.010	65.555
2011-2	95.100	
2012-1	38.570	62.910
2012-2	87.250	
2013-1	86.960	87.670
2013-2	88.380	
2014-1	88.630	84.605
2014-2	80.580	
2015-1	88.360	86.410
2015-2	84.450	

Nota. Tomado de “Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO): Indicadores EPS [Software Online],” por el Ministerio de Salud y Protección Social, 2016c. Recuperado de <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Observatorio/ListadodeIndicadores/ListadeIndicadores/Resultados/Indicadores.aspx>

Tabla 19

Tasa de Satisfacción Global para IPS en Colombia, 2015

Departamento	Tasa de satisfacción por departamento
Antioquia	81.11
Atlántico	71.13
Bogotá, D.C.	83.54
Bolívar	86.52
Boyacá	72.56
Caldas	93.69
Caquetá	34.19
Cauca	63.05
Cesar	91.73
Córdoba	94.99
Cundinamarca	78.23
Chocó	91.31
Huila	94.23
La guajira	81.64
Magdalena	58.42
Meta	85.16
Nariño	78.73
Norte de Santander	94.40
Quindío	93.23
Risaralda	90.96
Santander	88.60
Sucre	89.81
Tolima	92.54
Valle del Cauca	65.96
Arauca	96.39
Casanare	92.47
Putumayo	93.99
Archipiélago de San Andrés, Providencia, y Santa Catalina	67.75
Amazonas	90.77
Guainía	92.53
Guaviare	89.62
Tasa de satisfacción global	83.20

Nota. Tomado de “Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO): Indicadores IPS [Software Online],” por el Ministerio de Salud y Protección Social, 2016d. Recuperado de <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Observatorio/IndicadoresR144606/IndicadoresIPS.aspx>

Esta tasa es obtenida por el Observatorio de Calidad en Salud, con el objetivo de monitorear la calidad que ofrecen los servicios de salud para estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y guiar a los usuarios para la toma de decisiones.

Objetivo a largo plazo (OLP5). Al 2026, el 70% de las EPS calificadas con un desempeño medio en 2015 por el Ministerio de Salud y Protección Social (2015c), obtendrán la calificación de *desempeño alto*, al prestar servicios de salud de forma óptima, generando un alto valor agregado.

El ranking del Ministerio de Salud y Protección Social (2015c) muestra el desempeño de las EPS, al considerar: (a) qué tanto se preocupan los aseguradores por la EPS por proteger la salud de las personas y evitar que se enfermen; (b) qué tanto el asegurador facilita el acceso a los servicios; y (c) qué tanto el asegurador facilita la afiliación, desafiliación, y movilidad dentro del sistema de salud.

5.6 Conclusiones

Por medio del análisis del potencial organizacional de las EPS e IPS en Colombia, se reconocen las fortalezas que influyen en su desarrollo y desde las cuales se generan ventajas competitivas, así como las debilidades que se deben contrarrestar. Por su parte, el análisis de los principios cardinales hace posible el reconocimiento de las oportunidades y amenazas para dichas organizaciones en su entorno.

De ahí que se hayan definido como intereses de las EPS e IPS: (a) aumentar la accesibilidad total (i.e., atención y cobertura), (b) dotar de infraestructura física y tecnológica la prestación de servicios, (c) crear programas de promoción y prevención de salud, (d) equilibrar las fuentes de financiamiento entre la red de instituciones del sector salud, (e) establecer sistemas de información, y (f) actuar bajo principios éticos. Por tanto, están en concordancia con la misión, puesto que a través de una implementación enmarcada bajo los principios fundamentales de: eficiencia en el uso de los recursos, universalidad en el acceso,

solidaridad hacia los regímenes de seguridad, integralidad en la cobertura de las contingencias, unidad en la articulación de políticas, y participación activa de la comunidad, se podrá garantizar una adecuada prestación de servicios que incluye el acceso efectivo y oportuno de la población a los programas de salud, e incide en el mejoramiento del estado de salud de la población.

Para ello, a través de estos intereses se han enunciado los objetivos estratégicos (OLP) de las EPS e IPS que representan los resultados que dichas entidades esperan obtener luego de implementar las estrategias externas específicas escogidas, con el objetivo de cumplir la misión y alcanzar la visión establecida.



Capítulo VI: El Proceso Estratégico

6.1 Matriz Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas (MFODA)

En la MFODA se indican las estrategias específicas, para lo cual se deben haber elaborado exhaustivos análisis externos e internos; y también se deben identificar las estrategias alternativas y sus modalidades de implementación. Además, mediante el análisis se obtienen estrategias en los cuatro cuadrantes de la matriz (ver Tabla 20): fortalezas y oportunidades (FO), fortalezas y amenazas (FA), debilidades y oportunidades (DO), y debilidades y amenazas (DA) (D'Alessio, 2015).

Fortaleza y oportunidades (FO)-Explotar. Al utilizar las fortalezas internas de la organización para obtener ventajas de las oportunidades externas, se generan las siguientes estrategias:

1. Penetrar en los mercados que no han sido incursionados, a través del desarrollo de la infraestructura (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O3, O4, y O7);
2. Integración horizontal bajo las modalidades de alianzas público privadas con el fin de mejorar la prestación de servicios de salud (F2, F3, F4, F5, F6, O1, O2, O3, O5, y O6);
3. Integración vertical entre las EPS e IPS para prestar un mejor servicio, bajo la regulación del Estado (F1, F2, F3, F4, F5, F6, O1, O2, O3, O4, O5, y O6);
4. Usar la tecnología, investigación, y desarrollo para mejorar los procesos (F1, F2, F4, F5, F6, O1, O2, O3, O5, y O7);
5. Alianzas entre organizaciones público privadas en los ámbitos nacional e internacional, con el fin de compartir conocimientos y las mejores prácticas (F1, F2, F4, F5, F6, O1, O2, O5, y O7);
6. Aumentar la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria, con el fin de cubrir la demanda insatisfecha y mejorar el nivel de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O2, O4, O5, y O7); y

Tabla 20

Matriz Fortalezas Oportunidades Debilidades Amenazas para las EPS e IPS en Colombia

		Fortalezas	Debilidades
		F1. Recursos humanos calificados en los niveles operativos, técnicos, y profesionales	D1. Ausencia de un plan estratégico que vincule a las entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios de salud
		F2. Calidad en la prestación de servicio de salud	D2. Bajo poder de negociación entre las EPS e IPS
		F3. Accesibilidad (i.e., atención y cobertura de las EPS)	D3. Manejo inadecuado de las finanzas
		F4. Inversión en tecnología, investigación, y desarrollo para la prestación de servicios	D4. Alta debilidad en los sistemas de información
		F5. Prestigio de los agentes prestadores de servicios y del personal médico	D5. Concentración de EPS e IPS solamente en sectores estratégicos
		F6. Aumento de la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria	D6. Desarticulación de la información entre las entidades de la salud
		F7. Infraestructura física adecuada en las EPS e IPS	D7. Competencia en precios y no en calidad
Oportunidades	Estrategias FO	Estrategias DO	
O1. Demanda insatisfecha por la cobertura y calidad de los servicios.	FO1. Aumentar la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria, con el fin de cubrir la demanda insatisfecha y mejorar el nivel de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O2, O4, O5, y O7).	DO1. Ejecutar planes y programas de salud para cubrir la demanda con servicios de salud de calidad donde se integren las IPS y EPS en torno a ello (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, O1, O2, O3, O4, O5, y O6).	
O2. Mejoramiento en el nivel de servicios ofrecidos por las entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios de salud.	FO2. Exigir certificaciones de calidad entre las IPS (F1, F2, F3, F4, F5, O1, O2, y O5).	DO2. Inversión público-privada para mejorar el área financiera de los servicios de salud (D1, D2, D3, O1, O2, O4, O5, O6, y O7).	
O3. Mayor demanda ocasionada por los cambios demográficos.	FO3. Penetrar en los mercados que no han sido incursionados, a través del desarrollo de la infraestructura (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O3, O4, y O7).	DO3. Ejecutar planes de mejora y articulación de los sistemas de información en el sector salud para brindar información actualizada a los agentes del sector (D1, D2, D4, D6, O1, O2, O4, O5, y O6).	
O4. Ley de aseguramiento universal que afilia a los regímenes contributivos y subsidiados según su capacidad de pago.	FO4. Usar la tecnología, investigación, y desarrollo para mejorar los procesos (F1, F2, F4, F5, F6, O1, O2, O3, O5, y O7).	DO4. Incrementar la rentabilidad del sector salud por medio de la promoción del adecuado uso de los recursos y la nivelación de los precios en los servicios de salud (D1, D2, D3, D7, O1, O5, y O7).	
O5. Prestigio de las EPS e IPS.	FO5. Alianzas entre organizaciones público privadas en los ámbitos nacional e internacional, con el fin de compartir conocimientos y las mejores prácticas (F1, F2, F4, F5, F6, O1, O2, O5, y O7).		
O6. Existencia de la libre competencia bajo un modelo regulado por el Estado y asociaciones para prestar el servicio (Entidades privadas y públicas).	FO6. Integración horizontal bajo las modalidades de alianzas público privadas con el fin de mejorar la prestación de servicios de salud (F2, F3, F4, F5, F6, O1, O2, O3, O5, y O6).		
O7. Crecimiento del mercado de turismo de salud.	FO7. Integración vertical entre las EPS e IPS para prestar un mejor servicio, bajo la regulación del Estado (F1, F2, F3, F4, F5, F6, O1, O2, O3, O4, O5, y O6).		
Amenazas	Estrategias FA	Estrategias DA	
A1. Competencia desleal	FA1. Ejecutar programas de capacitación y formación del recurso humano necesario (F1, F2, F5, A2, A4, A6, y A7).	DA1. Integración horizontal entre las IPS para incrementar su poder de negociación frente a las EPS (D1, D2, D3, D4, D6, D7, A1, A2, A5, y A6).	
A2. Entidades promotoras e instituciones prestadoras que buscan precios bajos y afectan la calidad en los servicios.	FA2. Ejecutar programas de promoción y prevención de salud que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población (F1, F2, F3, F5, F6, A2, A4, A6, y A7).	DA2. Penetrar en los mercados con aumento de la infraestructura descentralizada, para hacer frente a la concentración geográfica (D5, A3, y A6).	
A3. Falta de infraestructura física y tecnológica dentro de las instalaciones donde se prestan los servicios de salud.	FA3. Adquirir infraestructura física para la prestación de servicios de salud (F1, F3, F4, F6, F7, A3, y A6).		
A4. Escasez de recursos humanos, por la ausencia de capacitación permanente y la baja participación de ciencia e innovación dentro de la prestación de servicios de salud.	FA4. Aumentar la inversión en infraestructura tecnológica, e investigación y desarrollo para la prestación de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, A3, A4, A6 y A7).		
A5. Marco legal y regulatorio cambiante	FA5. Alianzas estratégicas con instituciones educativas para aumentar los profesionales calificados en las IPS y EPS (F1, F2, F4, F5, F6, A2, A4, y A6).		
A6. Existencia de otras organizaciones prestadoras de servicios diferentes a EPS e IPS	FA6. Integración vertical (con la cadena de suministros) y horizontal (con los competidores) con el fin de incidir en el control de la competencia desleal, la calidad de los servicios, y el marco legal y regulatorio cambiante (F1, F2, F3, F5, F6, A1, A2, A4, A5, y A6).		
A7. Deficiente promoción y prevención de enfermedades por parte de las entidades promotoras de salud	FA7. Alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones (F2, F3, F4, F5, F7, A3, A5, y A6).		

7. Exigir certificaciones de calidad entre las IPS (F1, F2, F3, F4, F5, O1, O2, y O5).

Fortalezas y amenazas (FA)-Confrontar. Al usar las fortalezas de la organización para evitar o reducir el impacto de las amenazas internas, se generan las siguientes estrategias:

1. Adquirir infraestructura física para la prestación de servicios de salud (F1, F3, F4, F6, F7, A3, y A6);
2. Ejecutar programas de promoción y prevención de salud que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población (F1, F2, F3, F5, F6, A2, A4, A6, y A7);
3. Integración vertical (con la cadena de suministros) y horizontal (con los competidores) con el fin de incidir en el control de la competencia desleal, la calidad de los servicios, y el marco legal y regulatorio cambiante (F1, F2, F3, F5, F6, A1, A2, A4, A5, y A6);
4. Aumentar la inversión en infraestructura tecnológica, e investigación y desarrollo para la prestación de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, A3, A4, A6 y A7);
5. Ejecutar programas de capacitación y formación del recurso humano necesario (F1, F2, F5, A2, A4, A6, y A7);
6. Alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones (F2, F3, F4, F5, F7, A3, A5, y A6); y
7. Alianzas estratégicas con instituciones educativas para aumentar los profesionales calificados en las IPS y EPS (F1, F2, F4, F5, F6, A2, A4, y A6).

Debilidades y oportunidades (DO)-Buscar. Al mejorar las debilidades internas para poder obtener ventajas a partir de las oportunidades externas, se generan las siguientes estrategias:

1. Ejecutar planes y programas de salud para cubrir la demanda con servicios de salud de calidad donde se integren las IPS y EPS en torno a ello;

2. Ejecutar planes de mejora y articulación de los sistemas de información en el sector salud para brindar información actualizada a los agentes del sector (D1, D2, D4, D6, O1, O2, O4, O5, y O6);
3. Inversión público-privada para mejorar el área financiera de los servicios de salud (D1, D2, D3, O1, O2, O4, O5, O6, y O7); y
4. Incrementar la rentabilidad del sector salud por medio de la promoción del adecuado uso de los recursos y la nivelación de los precios en los servicios de salud (D1, D2, D3, D7, O1, O5, y O7).

Debilidades y amenazas (DA)-Evitar. Al considerar acciones defensivas con el fin de reducir las debilidades internas evitando las amenazas del entorno, se generan las siguientes estrategias:

1. Integración horizontal entre las IPS para incrementar su poder de negociación frente a las EPS (D1, D2, D3, D4, D6, D7, A1, A2, A5, y A6); y
2. Penetrar en los mercados con aumento de la infraestructura descentralizada, para hacer frente a la concentración geográfica (D5, A3, y A6).

6.2 Matriz Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (MPEYEA)

Por medio de la MPEYEA, se presentan cuatro cuadrantes conformados por la fortaleza financiera (FF), la ventaja competitiva (VC), la fortaleza de la industria (FI) y la estabilidad del entorno (EE). Las dos primeras variables (i.e., FF y VC) pertenecen a la organización y las otras dos (i.e., FI y EE) al sector industrial (D'Alessio, 2015). Luego de analizar los factores de cada uno de los cuadrantes y asignarles una calificación determinante, se construyó el polígono y se determinó la apropiada postura estratégica para las EPS e IPS en Colombia que se visualiza por medio del vector estratégico, obteniéndose que la postura estratégica adecuada es la competitiva (ver Tabla 21 y Figura 16).

Tabla 21

Matriz Posición Estratégica y Evaluación de la Acción para las EPS e IPS en Colombia

Posición estratégica	Grupo	Factor determinante	Valor		
Interna	Fortaleza financiera (FF)	1. Retorno en la inversión	2		
		2. Apalancamiento	2		
		3. Liquidez	2		
		4. Capital requerido vs. capital disponible	2		
		5. Flujo de caja	2		
		6. Facilidad de salida del mercado	3		
		7. Riesgo involucrado en el negocio	3		
		8. Rotación de inventarios	4		
		9. Economías de escala y de experiencia	2		
				Promedio	2.44
	Ventaja competitiva (VC)	1. Participación en el mercado	5		
		2. Calidad del producto	3		
		3. Ciclo de vida del producto	3		
		4. Ciclo de reemplazo del producto	3		
		5. Lealtad del consumidor	4		
		6. Utilización de la capacidad de los competidores	3		
		7. Conocimiento tecnológico	3		
		8. Integración vertical	2		
		9. Velocidad de introducción de nuevos productos	2		
				Promedio – 6	-2.89
Externa	Estabilidad del entorno (EE)	1. Cambios tecnológicos	3		
		2. Tasa de inflación	4		
		3. Variabilidad de la demanda	3		
		4. Rango de precios de productos competitivos	3		
		5. Barreras de entrada al mercado	4		
		6. Rivalidad/Presión competitiva	3		
		7. Elasticidad de precios de la demanda	5		
		8. Presión de los productos sustitutos	3		
				Promedio – 6	-2.50
			Fuerzas de la industria (FI)	1. Potencial de crecimiento	3
2. Potencial de utilidades	3				
3. Estabilidad financiera	2				
4. Conocimiento tecnológico	3				
5. Utilización de recursos	3				
6. Intensidad de capital	2				
7. Facilidad de entrada al mercado	5				
8. Productividad/Utilización de la capacidad	3				
9. Poder de negociación de los productores	3				
				Promedio	3.00

Nota. Vector direccional: Eje X = FI + VC = 0; Eje Y = EE + FF = 0

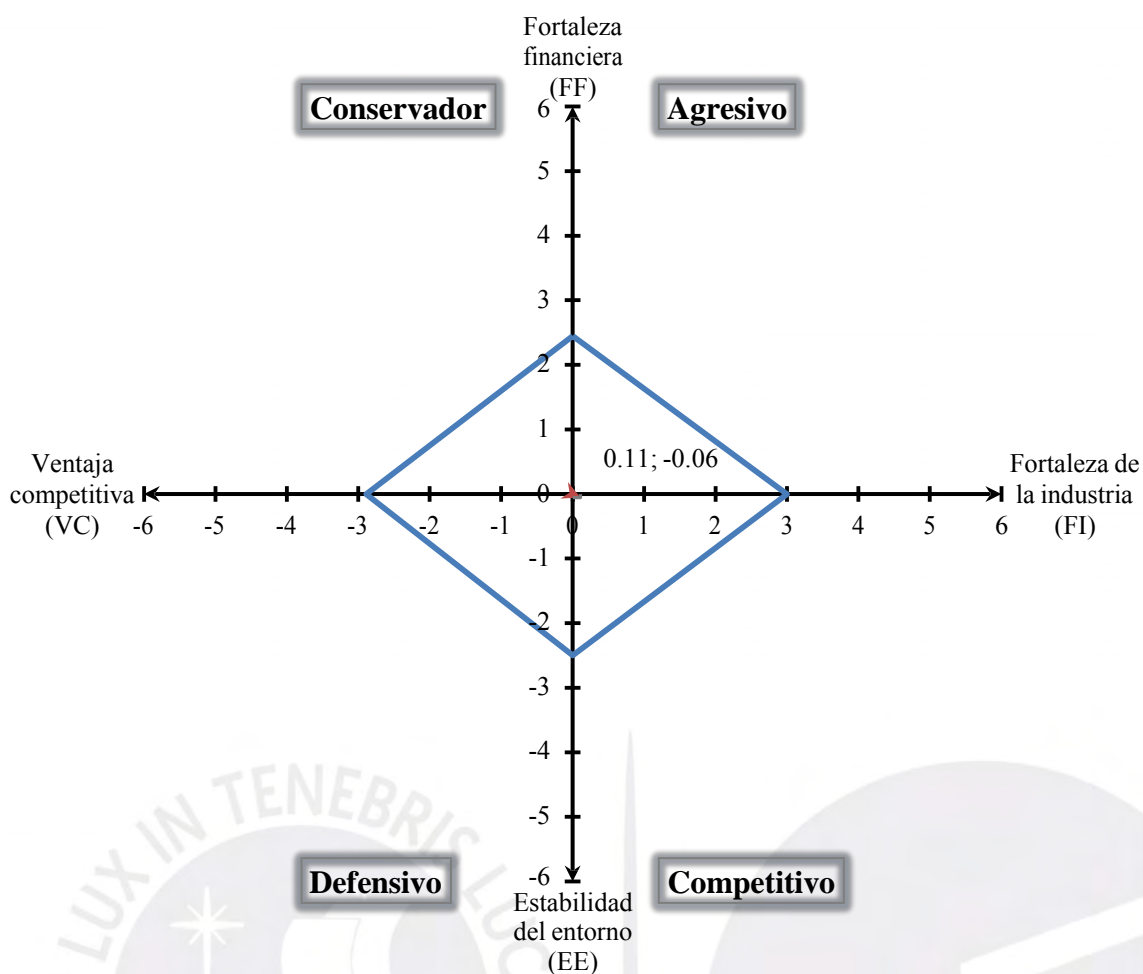


Figura 16. Gráfica de la MPEYEA para las EPS e IPS en Colombia.

Esta postura indica que las EPS e IPS se encuentran en una industria atractiva y gozan de ventajas competitivas en un entorno relativamente inestable, pero su fortaleza financiera es un factor crítico; por lo cual las organizaciones deben adquirir recursos financieros para aumentar su desempeño en el mercado, aumentar su fuerza de ventas, ampliar y mejorar la línea de productos ofrecidos, invertir en mejorar la productividad, reducir costos, proteger las ventajas competitivas en mercados en declinación, e intentar funcionar con compañías solventes en caja. Es así que se obtuvieron las siguientes estrategias:

1. Ejecutar programas de capacitación y formación del recurso humano necesario (F1, F2, F5, A2, A4, A6, y A7);
2. Ejecutar programas de promoción y prevención de salud que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población (F1, F2, F3, F5, F6, A2, A4, A6, y A7);

3. Adquirir infraestructura física para la prestación de servicios de salud (F1, F3, F4, F6, F7, A3, y A6);
4. Aumentar la inversión en infraestructura tecnológica, e investigación y desarrollo para la prestación de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, A3, A4, A6 y A7);
5. Alianzas estratégicas con instituciones educativas para aumentar los profesionales calificados en las IPS y EPS (F1, F2, F4, F5, F6, A2, A4, y A6);
6. Integración vertical (con la cadena de suministros) y horizontal (con los competidores) con el fin de incidir en el control de la competencia desleal, la calidad de los servicios, y el marco legal y regulatorio cambiante (F1, F2, F3, F5, F6, A1, A2, A4, A5, y A6); y
7. Alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones (F2, F3, F4, F5, F7, A3, A5, y A6).

6.3 Matriz Boston Consulting Group (MBCG)

A través de esta matriz de portafolio, desarrollada por el Boston Consulting Group (BCG), se analiza la relación entre la participación del mercado relativa en la industria y la generación de efectivo con la tasa de crecimiento de ventas y el uso de efectivo (D'Alessio, 2015). Esta matriz fue diseñada para formular estrategias de organizaciones multidivisionales y para evaluar el portafolio de productos en una unidad de negocio.

Además, permite observar las diferencias entre las divisiones para ayudar a determinar su posición competitiva.

Para las EPS e IPS en Colombia, esta matriz ha sido abordada considerando que la atención a los pacientes en el mercado de aseguramiento en el primer trimestre de 2015 se encontraba en 96.7%. Por regímenes, a 2010 la participación para el sistema contributivo correspondió a 39.4% y 51.4% para el subsidiado. En el contexto de atención en salud, como se mencionó en el Capítulo V, solo 32 de las 2,500 IPS, se encontraban acreditadas y más de 150 en proceso de acreditación.

La posición competitiva de las organizaciones prestadoras de servicios de salud, se presenta gráficamente en la MBCG (ver Figura 17). En ella se puede observar la diferencia entre las divisiones y su participación relativa de mercado, y el crecimiento de las ventas (D'Alessio, 2015). De acuerdo con la MBCG, tanto las EPS como las IPS presentan una tasa regular de crecimiento en ventas dado que la generación de efectivo no es óptima. Como se mencionó en el Capítulo IV, los estados financieros de las EPS presentan un comportamiento ineficaz y los desafortunados manejos que han surgido desde la implementación del sistema actual de salud han llevado a que el sistema tenga sobrecostos (Rivera, 2013). Además, existe confrontación por los flujos y pagos entre el Estado, las EPS, e IPS, entre otros problemas (Agudelo et al., 2011). Esta situación, es más complicada en las EPS y EPS públicas, puesto que estas requieren de ingresos estatales que subsidie a la población vulnerable y su vez, contribuyan al crecimiento del sector salud.



Figura 17. Matriz Boston Consulting Group para las EPS e IPS en Colombia.

En este caso, la representación del Eje X no significa que una mayor participación de las EPS e IPS públicas en el mercado genere mayor flujo de caja, dada la dependencia de los recursos estatales; caso contrario a las privadas, donde mayor participación de mercado significa mayor flujo de caja. En el Eje Y, mayor tasa de crecimiento en las organizaciones requiere mayor apoyo económico, para continuar desarrollando productos e incrementar sus ventas y no perder participación de mercado frente a los competidores, donde la mayor dependencia económica se produce en las EPS e IPS públicas:

1. Alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones (F2, F3, F4, F5, F7, A3, A5, y A6);
2. Inversión público-privada para mejorar el área financiera de los servicios de salud (D1, D2, D3, O1, O2, O4, O5, O6, y O7);
3. Incrementar la rentabilidad del sector salud por medio de la promoción del adecuado uso de los recursos y la nivelación de los precios en los servicios de salud (D1, D2, D3, D7, O1, O5, y O7);
4. Aumentar la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria, con el fin de cubrir la demanda insatisfecha y mejorar el nivel de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O2, O4, O5, y O7);
5. Alianzas entre organizaciones público privadas en los ámbitos nacional e internacional, con el fin de compartir conocimientos y las mejores prácticas (F1, F2, F4, F5, F6, O1, O2, O5, y O7);
6. Integración horizontal bajo las modalidades de alianzas público privadas con el fin de mejorar la prestación de servicios de salud (F2, F3, F4, F5, F6, O1, O2, O3, O5, y O6);
7. Adquirir infraestructura física para la prestación de servicios de salud (F1, F3, F4, F6, F7, A3, y A6); y
8. Penetrar en los mercados con aumento de la infraestructura descentralizada, para hacer frente a la concentración geográfica (D5, A3, y A6);

6.4 Matriz Interna Externa (MIE)

Esta matriz ha sido formada sobre la base de las dimensiones de puntaje total ponderado de las matrices EFI y EFE de las EPS e IPS en Colombia. En ella se indica el puntaje ponderado resultante de la intersección entre ambas matrices (D'Alessio, 2015). La Figura 18 se ubica en la Región II, lo cual sugiere que las organizaciones deben retener y mantener (i.e., invertir selectivamente y gerenciar las utilidades), y en el Cuadrante V el cual sugiere desarrollarse selectivamente para mejorar. Las estrategias a implementar son las de penetración en el mercado y desarrollo de productos, las cuales son:

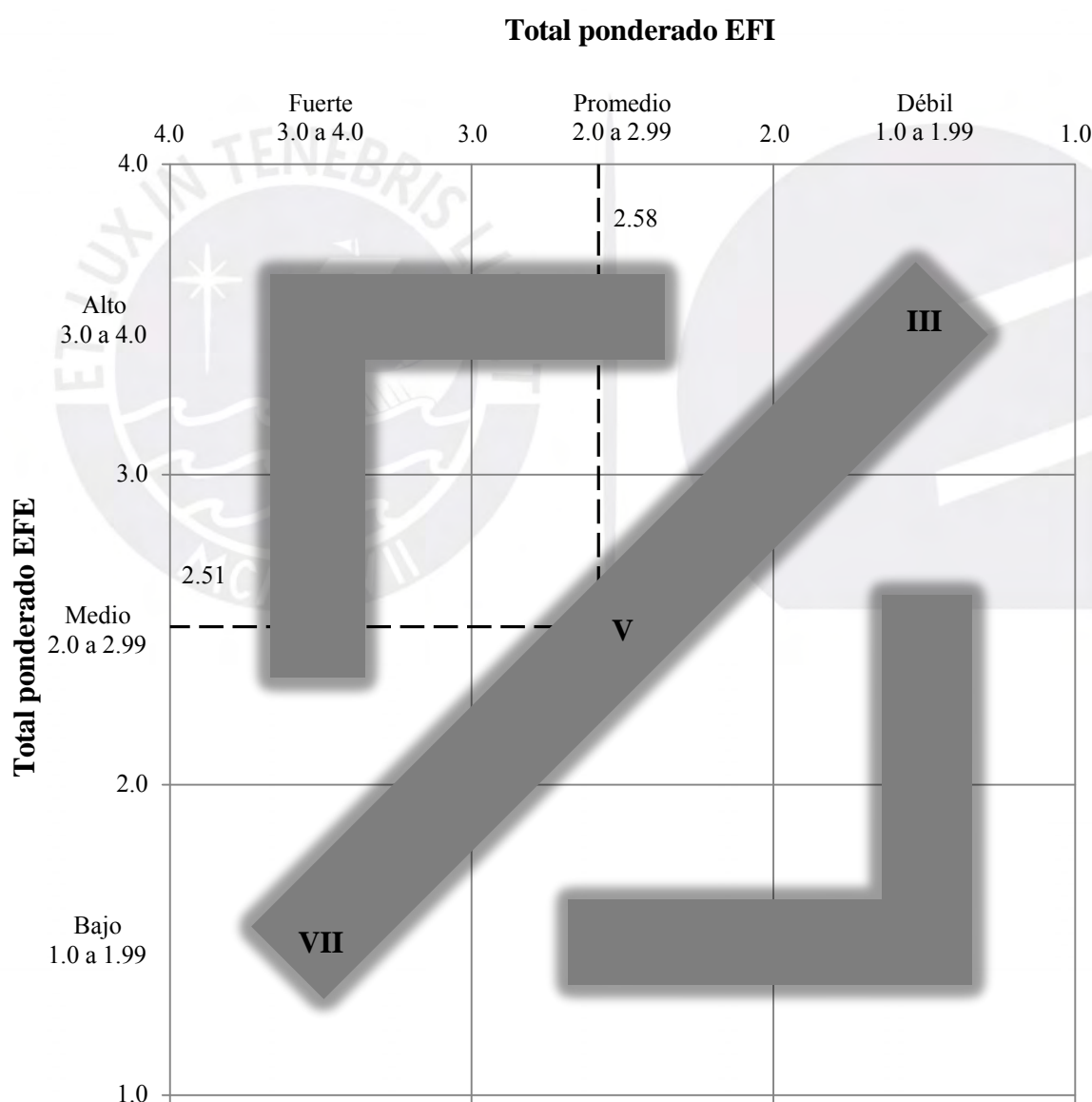


Figura 18. Matriz Interna Externa para las EPS e IPS en Colombia.

1. Aumentar la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria, con el fin de cubrir la demanda insatisfecha y mejorar el nivel de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O2, O4, O5, y O7);
2. Penetrar en los mercados que no han sido incursionados, a través del desarrollo de la infraestructura (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O3, O4, y O7);
3. Ejecutar programas de capacitación y formación del recurso humano necesario (F1, F2, F5, A2, A4, A6, y A7);
4. Ejecutar programas de promoción y prevención de salud que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población (F1, F2, F3, F5, F6, A2, A4, A6, y A7);
5. Adquirir infraestructura física para la prestación de servicios de salud (F1, F3, F4, F6, F7, A3, y A6); y
6. Penetrar en los mercados con aumento de la infraestructura descentralizada, para hacer frente a la concentración geográfica (D5, A3, y A6).

6.5 Matriz Gran Estrategia (MGE)

Por medio de esta matriz se evalúan y afinan las estrategias apropiadas para las organizaciones, analizando si tanto el crecimiento del mercado como su posición competitiva son fuertes o débiles (D'Alessio, 2015). En la Figura 19 se muestra el cuadrante en que se localiza las EPS e IPS en Colombia considerando la posición competitiva y el crecimiento del mercado. Como se ha considerado a lo largo del planeamiento, estas organizaciones cuentan con una posición competitiva fuerte, pero al estar dirigidas a un mercado limitado presentan un crecimiento lento. De ahí que se recomienden algunas estrategias de diversificación concéntrica y horizontal como:

1. Aumentar la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria, con el fin de cubrir la demanda insatisfecha y mejorar el nivel de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O2, O4, O5, y O7);
2. Usar la tecnología, investigación, y desarrollo para mejorar los procesos (F1, F2, F4, F5, F6, O1, O2, O3, O5, y O7);

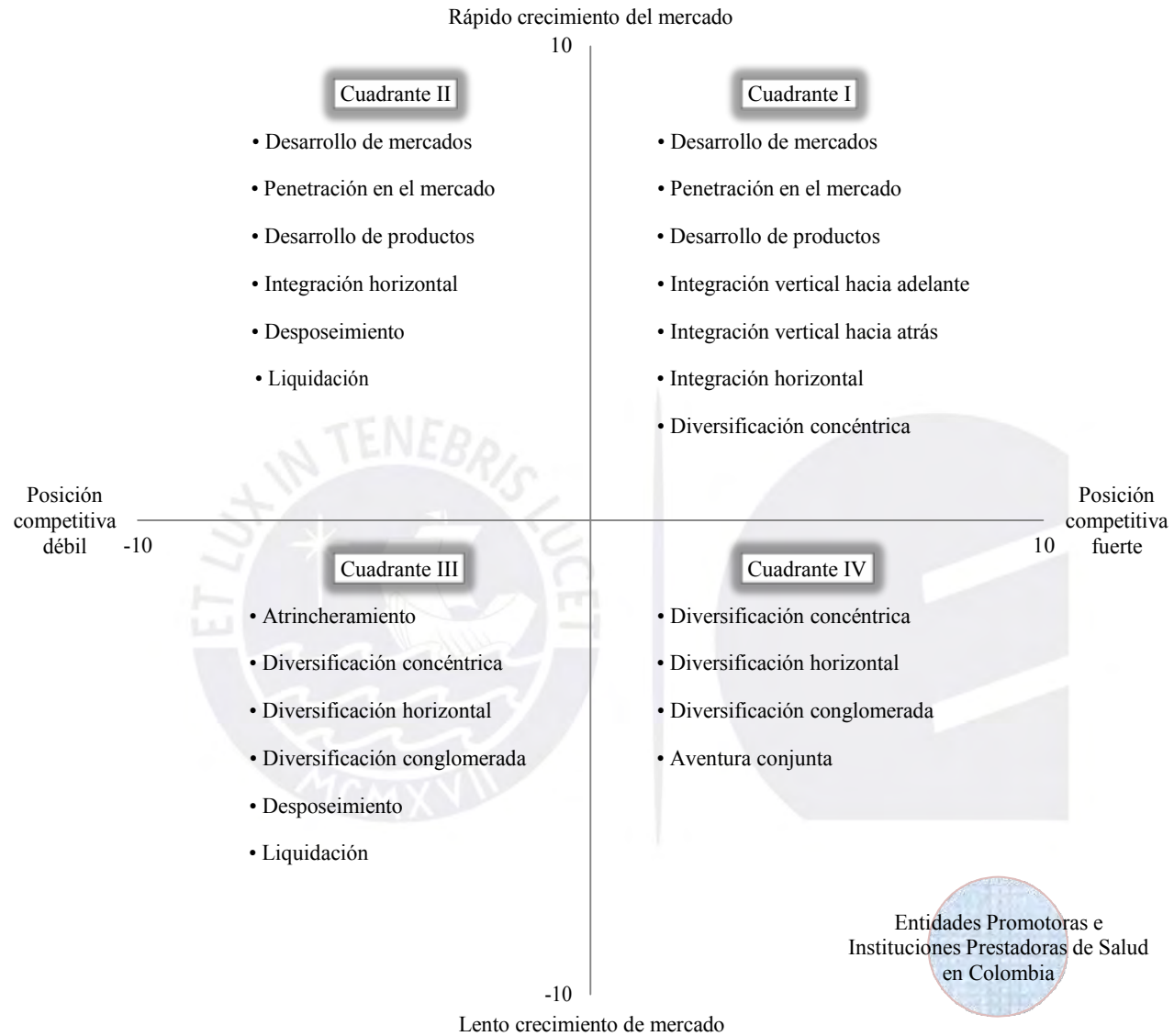


Figura 19. Matriz Gran Estrategia para las EPS e IPS en Colombia.

3. Ejecutar programas de capacitación y formación del recurso humano necesario (F1, F2, F5, A2, A4, A6, y A7);
4. Ejecutar programas de promoción y prevención de salud que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población (F1, F2, F3, F5, F6, A2, A4, A6, y A7);
5. Adquirir infraestructura física para la prestación de servicios de salud (F1, F3, F4, F6, F7, A3, y A6);
6. Aumentar la inversión en infraestructura tecnológica, e investigación y desarrollo para la prestación de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, A3, A4, A6 y A7);
7. Alianzas estratégicas con instituciones educativas para aumentar los profesionales calificados en las IPS y EPS (F1, F2, F4, F5, F6, A2, A4, y A6); y
8. Alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones (F2, F3, F4, F5, F7, A3, A5, y A6).

6.6 Matriz de Decisión Estratégica (MDE)

La MDE agrupa las estrategias utilizadas en las matrices FODA, PEYEA, BCG, IE, y GE, apreciando las repeticiones de cada una de ellas, con el objetivo de retener las estrategias de mayor repetición e incluso de algunas que por algún motivo se consideran pertinentes para el proceso (D'Alessio, 2015). La Tabla 22 presenta las 20 estrategias identificadas en las anteriores matrices, y después de apreciar las repeticiones de cada una, se optó por elegir ocho estrategias que consisten en:

1. Aumentar la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria, con el fin de cubrir la demanda insatisfecha y mejorar el nivel de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O2, O4, O5, y O7);
2. Ejecutar programas de capacitación y formación del recurso humano necesario (F1, F2, F5, A2, A4, A6, y A7);

Tabla 22

Matriz de Decisión Estratégica para las EPS e IPS en Colombia

Estrategias genéricas competitivas	Estrategias externas alternativas												N°	Estrategias específicas	Matriz						
	Integración			Intensivas			Diversificación			Defensivas					FODA	PEYEA	BCG	IE	GE	Total	
	Integración vertical hacia adelante	Integración vertical hacia atrás	Integración horizontal	Penetración en el mercado	Desarrollo de mercados	Desarrollo de productos	Diversificación concéntrica	Diversificación conglomerada	Diversificación horizontal	Aventura conjunta	Atrincheramiento / reducción	Desposeimiento / desinversión									Liquidación
Diferenciación					X	X	X							E1 FO1.	Aumentar la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria, con el fin de cubrir la demanda insatisfecha y mejorar el nivel de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O2, O4, O5, y O7).	X		X	X	X	4
Diferenciación						X								E2 FO2.	Exigir certificaciones de calidad entre las IPS (F1, F2, F3, F4, F5, O1, O2, y O5).	X					1
Enfoque				X										E3 FO3.	Penetrar en los mercados que no han sido incursionados, a través del desarrollo de la infraestructura (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O3, O4, y O7).	X			X		2
Diferenciación						X								E4 FO4.	Usar la tecnología, investigación, y desarrollo para mejorar los procesos (F1, F2, F4, F5, F6, O1, O2, O3, O5, y O7).	X				X	2
Enfoque						X			X					E5 FO5.	Alianzas entre organizaciones público privadas en los ámbitos nacional e internacional, con el fin de compartir conocimientos y las mejores prácticas (F1, F2, F4, F5, F6, O1, O2, O5, y O7)	X		X			2
Enfoque			X						X	X				E6 FO6.	Integración horizontal bajo las modalidades de alianzas público privadas con el fin de mejorar la prestación de servicios de salud (F2, F3, F4, F5, F6, O1, O2, O3, O5, y O6).	X		X			2
Enfoque	X	X											X	E7 FO7.	Integración vertical entre las EPS e IPS para prestar un mejor servicio, bajo la regulación del Estado (F1, F2, F3, F4, F5, F6, O1, O2, O3, O4, O5, y O6).	X					1
Diferenciación						X								E8 FA1.	Ejecutar programas de capacitación y formación del recurso humano necesario (F1, F2, F5, A2, A4, A6, y A7).	X	X		X	X	4
Diferenciación						X	X							E9 FA2.	Ejecutar programas de promoción y prevención de salud que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población (F1, F2, F3, F5, F6, A2, A4, A6, y A7).	X	X		X	X	4
Enfoque					X	X								E10 FA3.	Adquirir infraestructura física para la prestación de servicios de salud (F1, F3, F4, F6, F7, A3, y A6).	X	X	X	X	X	5
Diferenciación				X		X								E11 FA4.	Aumentar la inversión en infraestructura tecnológica, e investigación y desarrollo para la prestación de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, A3, A4, A6 y A7).	X	X			X	3
Diferenciación						X								E12 FA5.	Alianzas estratégicas con instituciones educativas para aumentar los profesionales calificados en las IPS y EPS (F1, F2, F4, F5, F6, A2, A4, y A6).	X	X	X		X	4
Enfoque	X	X	X											E13 FA6.	Integración vertical (con la cadena de suministros) y horizontal (con los competidores) con el fin de incidir en el control de la competencia desleal, la calidad de los servicios, y el marco legal y regulatorio cambiante (F1, F2, F3, F5, F6, A1, A2, A4, A5, y A6).	X	X				2
Diferenciación					X									E14 FA7.	Alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones (F2, F3, F4, F5, F7, A3, A5, y A6).	X	X			X	3
Enfoque	X		X											E15 DO1.	Ejecutar planes y programas de salud para cubrir la demanda con servicios de salud de calidad donde se integren las IPS y EPS en torno a ello (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, O1, O2, O3, O4, O5, y O6).	X					1
Diferenciación						X						X		E16 DO2.	Inversión público-privada para mejorar el área financiera de los servicios de salud (D1, D2, D3, O1, O2, O4, O5, O6, y O7).	X		X			2
Diferenciación						X								E17 DO3.	Ejecutar planes de mejora y articulación de los sistemas de información en el sector salud para brindar información actualizada a los agentes del sector (D1, D2, D4, D6, O1, O2, O4, O5, y O6).	X					1
Diferenciación												X		E18 DO4.	Incrementar la rentabilidad del sector salud por medio de la promoción del adecuado uso de los recursos y la nivelación de los precios en los servicios de salud (D1, D2, D3, D7, O1, O5, y O7).	X		X			2
Enfoque			X						X					E19 DA1.	Integración horizontal entre las IPS para incrementar su poder de negociación frente a las EPS (D1, D2, D3, D4, D6, D7, A1, A2, A5, y A6).	X					1
Enfoque				X										E20 DA2.	Penetrar en los mercados con aumento de la infraestructura descentralizada, para hacer frente a la concentración geográfica (D5, A3, y A6).	X		X	X		3

3. Ejecutar programas de promoción y prevención de salud que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población (F1, F2, F3, F5, F6, A2, A4, A6, y A7);
4. Adquirir infraestructura física para la prestación de servicios de salud (F1, F3, F4, F6, F7, A3, y A6);
5. Aumentar la inversión en infraestructura tecnológica, e investigación y desarrollo para la prestación de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, A3, A4, A6 y A7);
6. Alianzas estratégicas con instituciones educativas para aumentar los profesionales calificados en las IPS y EPS (F1, F2, F4, F5, F6, A2, A4, y A6);
7. Alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones (F2, F3, F4, F5, F7, A3, A5, y A6); y
8. Penetrar en los mercados con aumento de la infraestructura descentralizada, para hacer frente a la concentración geográfica (D5, A3, y A6).

6.7 Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (MCPE)

A partir de las estrategias retenidas en la MDE y su relación con los factores claves de éxito (i.e., externos e internos), se evalúa y decide objetivamente sobre las posibles estrategias a implementar. Esto requiere de un juicio intuitivo que permita evaluar la atractividad de cada estrategia en relación con las oportunidades, amenazas, fortalezas, y debilidades (D'Alessio, 2015). En la Tabla 23 se aprecian las estrategias retenidas a implementar en las EPS e IPS en relación a estos factores claves de éxito y las respectivas puntuaciones asignadas. Luego se calculó la suma de los totales de las calificaciones de los atractivos, considerando que valores iguales o mayores a cinco indican la idoneidad de las estrategias. Según el análisis obtenido en la MCPE, todas las estrategias son idóneas. La estrategia más atractiva es: Alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones (F2, F3, F4, F5, F7, A3, A5, y A6), y la estrategia de menor atractividad es: Ejecutar programas de capacitación y formación del recurso humano necesario (F1, F2, F5, A2, A4, A6, y A7).

Tabla 23

Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico para las EPS e IPS en Colombia

	E1 FO1.		E8 FA1.		E9 FA2.		E10 FA3.		E11 FA4.		E12 FA5.		E14 FA7.		E20 DA2.		
	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	PA	TPA	
Factores críticos para el éxito																	
Oportunidades																	
O1. Demanda insatisfecha por la cobertura y calidad de los servicios.	0.08	4	0.32	3	0.24	2	0.16	3	0.24	4	0.32	4	0.32	4	0.32	4	0.32
O2. Mejoramiento en el nivel de servicios ofrecidos por las entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios de salud.	0.10	3	0.30	2	0.20	4	0.40	3	0.30	2	0.20	3	0.30	4	0.40	4	0.40
O3. Mayor demanda ocasionada por los cambios demográficos.	0.08	4	0.32	3	0.24	4	0.32	3	0.24	3	0.24	3	0.24	4	0.32	4	0.32
O4. Ley de aseguramiento universal que afilia a los regímenes contributivos y subsidiados según su capacidad de pago.	0.05	3	0.15	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	1	0.05	3	0.15	4	0.20
O5. Prestigio de las EPS e IPS.	0.07	3	0.21	4	0.28	3	0.21	2	0.14	3	0.21	4	0.28	4	0.28	4	0.28
O6. Existencia de la libre competencia bajo un modelo regulado por el Estado y asociaciones para prestar el servicio (Entidades privadas y públicas).	0.09	3	0.27	1	0.09	1	0.09	3	0.27	3	0.27	2	0.18	4	0.36	1	0.09
O7. Crecimiento del mercado de turismo de salud.	0.05	3	0.15	3	0.15	3	0.15	4	0.20	4	0.20	4	0.20	4	0.20	3	0.15
Amenazas																	
A1. Competencia desleal	0.08	2	0.16	1	0.08	3	0.24	2	0.16	3	0.24	2	0.16	3	0.24	3	0.24
A2. Entidades promotoras e instituciones prestadoras que buscan precios bajos y afectan la calidad en los servicios.	0.09	2	0.18	2	0.18	3	0.27	1	0.09	3	0.27	2	0.18	3	0.27	2	0.18
A3. Falta de infraestructura física y tecnológica dentro de las instalaciones donde se prestan los servicios de salud.	0.07	4	0.28	1	0.07	2	0.14	4	0.28	4	0.28	1	0.07	4	0.28	4	0.28
A4. Escasez de recursos humanos, por la ausencia de capacitación permanente y la baja participación de ciencia e innovación dentro de la prestación de servicios de salud.	0.08	4	0.32	4	0.32	4	0.32	3	0.24	4	0.32	4	0.32	2	0.16	3	0.24
A5. Marco legal y regulatorio cambiante	0.05	2	0.10	1	0.05	2	0.10	2	0.10	2	0.10	1	0.05	4	0.20	2	0.10
A6. Existencia de otras organizaciones prestadoras de servicios diferentes a EPS e IPS	0.05	3	0.15	3	0.15	1	0.05	3	0.15	3	0.15	3	0.15	4	0.20	4	0.20
A7. Deficiente promoción y prevención de enfermedades por parte de las entidades promotoras de salud	0.06	2	0.12	4	0.24	4	0.24	2	0.12	4	0.24	4	0.24	4	0.24	4	0.24
Fortalezas																	
F1. Recursos humanos calificados en los niveles operativos, técnicos, y profesionales	0.11	4	0.44	4	0.44	4	0.44	3	0.33	4	0.44	4	0.44	3	0.33	3	0.33
F2. Calidad en la prestación de servicio de salud	0.10	3	0.30	4	0.40	3	0.30	2	0.20	2	0.20	4	0.40	3	0.30	4	0.40
F3. Accesibilidad (i.e., atención y cobertura de las EPS)	0.08	4	0.32	3	0.24	2	0.16	4	0.32	2	0.16	2	0.16	3	0.24	4	0.32
F4. Inversión en tecnología, investigación, y desarrollo para la prestación de servicios	0.08	3	0.24	4	0.32	3	0.24	1	0.08	4	0.32	4	0.32	4	0.32	1	0.08
F5. Prestigio de los agentes prestadores de servicios y del personal médico	0.07	3	0.21	4	0.28	3	0.21	3	0.21	3	0.21	4	0.28	4	0.28	3	0.21
F6. Aumento de la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria	0.07	4	0.28	4	0.28	3	0.21	4	0.28	4	0.28	4	0.28	4	0.28	4	0.28
F7. Infraestructura física adecuada en las EPS e IPS	0.05	3	0.15	1	0.05	1	0.05	4	0.20	3	0.15	2	0.10	4	0.20	4	0.20
Debilidades																	
D1. Ausencia de un plan estratégico que vincule a las entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios de salud	0.10	2	0.20	2	0.20	2	0.20	3	0.30	3	0.30	2	0.20	3	0.30	2	0.20
D2. Bajo poder de negociación entre las EPS e IPS	0.07	3	0.21	2	0.14	3	0.21	3	0.21	4	0.28	2	0.14	2	0.14	1	0.07
D3. Manejo inadecuado de las finanzas	0.07	4	0.28	3	0.21	4	0.28	4	0.28	4	0.28	2	0.14	4	0.28	4	0.28
D4. Alta debilidad en los sistemas de información	0.05	2	0.10	2	0.10	4	0.20	3	0.15	3	0.15	3	0.15	3	0.15	2	0.10
D5. Concentración de EPS e IPS solamente en sectores estratégicos	0.05	4	0.20	3	0.15	3	0.15	4	0.20	1	0.05	2	0.10	2	0.10	4	0.20
D6. Desarticulación de la información entre las entidades de la salud	0.05	2	0.10	2	0.10	4	0.20	3	0.15	3	0.15	2	0.10	3	0.15	2	0.10
D7. Competencia en precios y no en calidad	0.05	2	0.10	4	0.20	3	0.15	1	0.05	3	0.15	4	0.20	1	0.05	2	0.10
	2.00		6.16		5.45		5.74		5.54		6.21		5.75		6.74		6.11

Nota. 1 = No atractivo (no aceptable), 2 = Algo atractivo (algo aceptable), 3 = Razonablemente atractivo (aceptable), 4 = Altamente atractivo (muy aceptable)"

6.8 Matriz de Rumelt (MR)

Después de calificar las estrategias retenidas de las MCPE, se realiza una evaluación final en la fase de decisión con los cuatro criterios propuestos por Rumelt (ver Tabla 24).

Estos criterios son: (a) consistencia, que consiste en que la estrategia no presente objetivos o políticas mutuamente inconsistentes; (b) consonancia, en donde la estrategia debe presentar una respuesta adaptiva al entorno externo y a los cambios críticos que en este ocurran; (c) ventaja, donde la estrategia debe proveer la creación y/o mantenimiento de las ventajas competitivas en áreas selectas de la actividad; y (d) factibilidad, es decir que la estrategia no debe generar sobrecostos en los recursos disponibles ni crear subproblemas sin solución (D'Alessio, 2015).

Después de evaluar las estrategias retenidas para las EPS e IPS en Colombia, de acuerdo con la Matriz de Rumelt, se aprobaron ocho estrategias:

1. Aumentar la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria, con el fin de cubrir la demanda insatisfecha y mejorar el nivel de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O2, O4, O5, y O7);
2. Ejecutar programas de capacitación y formación del recurso humano necesario (F1, F2, F5, A2, A4, A6, y A7);
3. Ejecutar programas de promoción y prevención de salud que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población (F1, F2, F3, F5, F6, A2, A4, A6, y A7);
4. Adquirir infraestructura física para la prestación de servicios de salud (F1, F3, F4, F6, F7, A3, y A6);
5. Aumentar la inversión en infraestructura tecnológica, e investigación y desarrollo para la prestación de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, A3, A4, A6 y A7);
6. Alianzas estratégicas con instituciones educativas para aumentar los profesionales calificados en las IPS y EPS (F1, F2, F4, F5, F6, A2, A4, y A6);
7. Alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones (F2, F3, F4, F5, F7, A3, A5, y A6); y

8. Penetrar en los mercados con aumento de la infraestructura descentralizada, para hacer frente a la concentración geográfica (D5, A3, y A6).

Tabla 24

Matriz de Rumelt para las EPS e IPS en Colombia

	Estrategia específica	Pruebas				
		Consistencia	Consonancia	Factibilidad	Ventaja	Se acepta
E1	FO1. Aumentar la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria, con el fin de cubrir la demanda insatisfecha y mejorar el nivel de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O2, O4, O5, y O7).	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E8	FA1. Ejecutar programas de capacitación y formación del recurso humano necesario (F1, F2, F5, A2, A4, A6, y A7).	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E9	FA2. Ejecutar programas de promoción y prevención de salud que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población (F1, F2, F3, F5, F6, A2, A4, A6, y A7).	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E10	FA3. Adquirir infraestructura física para la prestación de servicios de salud (F1, F3, F4, F6, F7, A3, y A6).	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E11	FA4. Aumentar la inversión en infraestructura tecnológica, e investigación y desarrollo para la prestación de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, A3, A4, A6 y A7).	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E12	FA5. Alianzas estratégicas con instituciones educativas para aumentar los profesionales calificados en las IPS y EPS (F1, F2, F4, F5, F6, A2, A4, y A6).	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E14	FA7. Alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones (F2, F3, F4, F5, F7, A3, A5, y A6).	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
E20	DA2. Penetrar en los mercados con aumento de la infraestructura descentralizada, para hacer frente a la concentración geográfica (D5, A3, y A6).	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

6.9 Matriz de Ética (ME)

Por medio de esta matriz se intenta verificar que las estrategias escogidas no violen aspectos relacionados ni con los derechos ni la justicia, y sean óptimas para lograr los fines utilitarios (D'Alessio, 2015). La Tabla 25 señala que ninguna de las estrategias viola, es injusta, o perjudicial para su implementación. Por tanto, todas las estrategias son aceptadas o retenidas.

6.10 Estrategias Retenidas y de Contingencia (MERC)

En esta matriz se presentan las estrategias retenidas, las cuales son aquellas estrategias finales aceptadas después de pasar por el análisis de diversas matrices; además se presentan las estrategias de contingencia o no retenidas, las cuales no cumplieron con los criterios para ser aceptadas en el desarrollo de las anteriores matrices, pero que se deben considerar, si durante el momento de la implementación, algunas de las estrategias retenidas tuvieron dificultades en este proceso. La Tabla 26 muestra estos dos tipos de estrategias.

6.11 Matriz de Estrategias vs. Objetivos a Largo Plazo

En esta matriz, se verifica que las estrategias se encuentren alineadas con los OLP. La Tabla 27 indica qué OLP se alcanza por medio de las estrategias retenidas (D'Alessio, 2015).

6.12 Matriz de Posibilidades de los Competidores

Por medio de esta matriz, se realiza una confrontación entre las estrategias retenidas y las posibilidades de los competidores para hacerle frente, considerando el análisis previo sobre los competidores. Es importante un análisis detallado de estas posibilidades porque ayuda a una mejor implementación de las estrategias al poder evaluar las posibles reacciones de los competidores (D'Alessio, 2015). La Tabla 28 muestra las posibilidades de los competidores con relación a las estrategias retenidas para las EPS e IPS en Colombia.

Tabla 25

Matriz de Ética para las EPS e IPS en Colombia

Estrategia específica	Derechos							Justicia			Utilitarismo		Se acepta
	Impacto en el derecho a la vida	Impacto en el derecho a la propiedad	Impacto en el derecho al libre pensamiento	Impacto en el derecho a la privacidad	Impacto en el derecho a la libertad de conciencia	Impacto en el derecho a hablar libremente	Impacto en el derecho al debido proceso	Impacto en la distribución	Equidad en la administración	Normas de compensación	Fines y resultados estratégicos	Medios estratégicos empleados	
E1 FO1. Aumentar la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria, con el fin de cubrir la demanda insatisfecha y mejorar el nivel de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O2, O4, O5, y O7).	P	N	N	N	N	N	N	J	N	N	E	N	Sí
E8 FA1. Ejecutar programas de capacitación y formación del recurso humano necesario (F1, F2, F5, A2, A4, A6, y A7).	N	N	N	N	N	N	N	J	N	N	N	E	Sí
E9 FA2. Ejecutar programas de promoción y prevención de salud que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población (F1, F2, F3, F5, F6, A2, A4, A6, y A7).	P	N	N	N	N	N	N	J	N	N	N	E	Sí
E10 FA3. Adquirir infraestructura física para la prestación de servicios de salud (F1, F3, F4, F6, F7, A3, y A6).	N	N	N	N	N	N	N	J	N	N	E	N	Sí
E11 FA4. Aumentar la inversión en infraestructura tecnológica, e investigación y desarrollo para la prestación de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, A3, A4, A6 y A7).	P	P	N	N	N	N	N	J	J	N	E	N	Sí
E12 FA5. Alianzas estratégicas con instituciones educativas para aumentar los profesionales calificados en las IPS y EPS (F1, F2, F4, F5, F6, A2, A4, y A6).	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	E	N	Sí
E14 FA7. Alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones (F2, F3, F4, F5, F7, A3, A5, y A6).	P	P	N	N	N	N	N	J	J	N	E	E	Sí
E20 DA2. Penetrar en los mercados con aumento de la infraestructura descentralizada, para hacer frente a la concentración geográfica (D5, A3, y A6).	N	N	N	N	N	N	N	J	N	N	E	N	Sí

Nota. Los criterios utilizados para calificar la matriz de ética fueron: P = Promueve, N = Neutral, V = Viola, J = Justo, I = Injusto, E = Excelentes, y PE = Perjudicial.

Tabla 26

Matriz Estrategias Retenidas y de Contingencia para las EPS e IPS en Colombia

	Estrategia	Estrategia de contingencia			Estrategia retenida	
		De 3.º Orden (< 3)	De 2.º Orden (MCPE < 5)	De 1.º Orden (No pasa Rumelt)		
E1	FO1.	Aumentar la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria, con el fin de cubrir la demanda insatisfecha y mejorar el nivel de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O2, O4, O5, y O7).				X
E2	FO2.	Exigir certificaciones de calidad entre las IPS (F1, F2, F3, F4, F5, O1, O2, y O5).	X			
E3	FO3.	Penetrar en los mercados que no han sido incursionados, a través del desarrollo de la infraestructura (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O3, O4, y O7).	X			
E4	FO4.	Usar la tecnología, investigación, y desarrollo para mejorar los procesos (F1, F2, F4, F5, F6, O1, O2, O3, O5, y O7).	X			
E5	FO5.	Alianzas entre organizaciones público privadas en los ámbitos nacional e internacional, con el fin de compartir conocimientos y las mejores prácticas (F1, F2, F4, F5, F6, O1, O2, O5, y O7)	X			
E6	FO6.	Integración horizontal bajo las modalidades de alianzas público privadas con el fin de mejorar la prestación de servicios de salud (F2, F3, F4, F5, F6, O1, O2, O3, O5, y O6).	X			
E7	FO7.	Integración vertical entre las EPS e IPS para prestar un mejor servicio, bajo la regulación del Estado (F1, F2, F3, F4, F5, F6, O1, O2, O3, O4, O5, y O6).	X			
E8	FA1.	Ejecutar programas de capacitación y formación del recurso humano necesario (F1, F2, F5, A2, A4, A6, y A7).				X
E9	FA2.	Ejecutar programas de promoción y prevención de salud que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población (F1, F2, F3, F5, F6, A2, A4, A6, y A7).				X
E10	FA3.	Adquirir infraestructura física para la prestación de servicios de salud (F1, F3, F4, F6, F7, A3, y A6).				X
E11	FA4.	Aumentar la inversión en infraestructura tecnológica, e investigación y desarrollo para la prestación de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, A3, A4, A6 y A7).				X
E12	FA5.	Alianzas estratégicas con instituciones educativas para aumentar los profesionales calificados en las IPS y EPS (F1, F2, F4, F5, F6, A2, A4, y A6).				X
E13	FA6.	Integración vertical (con la cadena de suministros) y horizontal (con los competidores) con el fin de incidir en el control de la competencia desleal, la calidad de los servicios, y el marco legal y regulatorio cambiante (F1, F2, F3, F5, F6, A1, A2, A4, A5, y A6).	X			
E14	FA7.	Alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones (F2, F3, F4, F5, F7, A3, A5, y A6).				X
E15	DO1.	Ejecutar planes y programas de salud para cubrir la demanda con servicios de salud de calidad donde se integren las IPS y EPS en torno a ello (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, O1, O2, O3, O4, O5, y O6).	X			
E16	DO2.	Inversión público-privada para mejorar el área financiera de los servicios de salud (D1, D2, D3, O1, O2, O4, O5, O6, y O7).	X			
E17	DO3.	Ejecutar planes de mejora y articulación de los sistemas de información en el sector salud para brindar información actualizada a los agentes del sector (D1, D2, D4, D6, O1, O2, O4, O5, y O6).	X			
E18	DO4.	Incrementar la rentabilidad del sector salud por medio de la promoción del adecuado uso de los recursos y la nivelación de los precios en los servicios de salud (D1, D2, D3, D7, O1, O5, y O7).	X			
E19	DA1.	Integración horizontal entre las IPS para incrementar su poder de negociación frente a las EPS (D1, D2, D3, D4, D6, D7, A1, A2, A5, y A6).	X			
E20	DA2.	Penetrar en los mercados con aumento de la infraestructura descentralizada, para hacer frente a la concentración geográfica (D5, A3, y A6).				X

Tabla 27

Matriz de Estrategias vs. Objetivos a Largo Plazo para las EPS e IPS en Colombia

			Visión									
Al 2026, las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras de Salud de Colombia serán reconocidas en el ámbito mundial por ser altamente competitivas en la prestación de servicios de salud, caracterizándose por una cobertura total (al 100%) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la calidad oportuna en los servicios prestados, la equidad en el acceso, y el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios. Para esto, se desarrollarán acciones de promoción, prevención de enfermedades, gestión de recursos para la universalidad, implementación, y evaluación permanente de tecnologías de salud y una serie de programas que conduzcan al ofrecimiento de un servicio integral. En materia de cobertura en el acceso, se prevé que en 10 años, las entidades habrán logrado asegurar a la totalidad de la población, puesto que en los primeros cuatro meses de 2015, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2015a) esa cobertura se mantuvo en un 96.7%, solamente una décima por encima de la reportada para el año inmediatamente anterior 96.6%, por lo cual se requiere avanzar más rápidamente para ser altamente competitivos en la prestación de servicios.												
Intereses organizacionales			OLP1	OLP2	OLP3	OLP4	OLP5	Total				
1. Aumentar la oferta de servicios en diversas especialidades en atención hospitalaria de acuerdo con los niveles de complejidad en las regiones del país, garantizando la accesibilidad total (i.e., atención y cobertura) de la población con servicios de calidad y eficiencia												
2. Aumentar la infraestructura física, el desarrollo tecnológico, los recursos humanos, y la logística integrada, dentro de las instalaciones donde se prestan los servicios de salud, impulsando los avances tecnológicos y la investigación científica en las EPS e IPS, para incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población												
3. Crear programas de promoción y prevención de la salud que incidan en el mejoramiento de los indicadores demográficos y de la calidad de vida de la población												
4. Buscar y equilibrar las fuentes de financiamiento tanto privadas como públicas, velando para que los flujos y pagos entre el Estado, EPS, e IPS sean de forma correcta y oportuna												
5. Actuar de acuerdo con la normativa establecida por los entes de salud en materia de prestación de servicios, considerando los principios éticos, jurídicos, y técnicos con el fin de incrementar la confianza entre los participantes del sistema de salud												
6. Crear y articular sistemas de información que comprendan datos de prestación de servicios, instalaciones, indicadores de calidad, registros de salud, e información de carácter administrativo y financiero, con el fin de mejorar la toma de decisiones e incidir en el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios												
Estrategia			Estrategia de contingencia									
			De 3.r Retenidas Orden (< 3)	De 2.r Orden (MCPE < 5)	De 1.r Orden (No pasa Rumelt)	Estrategia retenida	acreditación ("Solo 32," 2015).	Latinoamérica (ver Tabla 17).				
E1	FO1.	Aumentar la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria, con el fin de cubrir la demanda insatisfecha y mejorar el nivel de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O2, O4, O5, y O7).				X	X	X	X	X	X	5
E2	FO2.	Exigir certificaciones de calidad entre las IPS (F1, F2, F3, F4, F5, O1, O2, y O5).	X				X	X	X	X	X	4
E3	FO3.	Penetrar en los mercados que no han sido incursionados, a través del desarrollo de la infraestructura (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O3, O4, y O7).	X				X	X	X	X	X	3
E4	FO4.	Usar la tecnología, investigación, y desarrollo para mejorar los procesos (F1, F2, F4, F5, F6, O1, O2, O3, O5, y O7).	X				X	X	X	X	X	4
E5	FO5.	Alianzas entre organizaciones público privadas en los ámbitos nacional e internacional, con el fin de compartir conocimientos y las mejores prácticas (F1, F2, F4, F5, F6, O1, O2, O5, y O7)	X				X	X	X	X	X	5
E6	FO6.	Integración horizontal bajo las modalidades de alianzas público privadas con el fin de mejorar la prestación de servicios da salud (F2, F3, F4, F5, F6, O1, O2, O3, O5, y O6).	X				X	X	X	X	X	3
E7	FO7.	Integración vertical entre las EPS e IPS para prestar un mejor servicio, bajo la regulación del Estado (F1, F2, F3, F4, F5, F6, O1, O2, O3, O4, O5, y O6).	X				X	X	X	X	X	3
E8	FA1.	Ejecutar programas de capacitación y formación del recurso humano necesario (F1, F2, F5, A2, A4, A6, y A7).				X	X	X	X	X	X	4
E9	FA2.	Ejecutar programas de promoción y prevención de salud que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población (F1, F2, F3, F5, F6, A2, A4, A6, y A7).				X	X	X	X	X	X	4
E10	FA3.	Adquirir infraestructura física para la prestación de servicios de salud (F1, F3, F4, F6, F7, A3, y A6).			X	X	X	X	X	X	X	2
E11	FA4.	Aumentar la inversión en infraestructura tecnológica, e investigación y desarrollo para la prestación de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, A3, A4, A6 y A7).			X	X	X	X	X	X	X	5
E12	FA5.	Alianzas estratégicas con instituciones educativas para aumentar los profesionales calificados en las IPS y EPS (F1, F2, F4, F5, F6, A2, A4, y A6).				X	X	X	X	X	X	4
E13	FA6.	Integración vertical (con la cadena de suministros) y horizontal (con los competidores) con el fin de incidir en el control de la competencia desleal, la calidad de los servicios, y el marco legal y regulatorio cambiante (F1, F2, F3, F5, F6, A1, A2, A4, A5, y A6).	X				X	X	X	X	X	3
E14	FA7.	Alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones (F2, F3, F4, F5, F7, A3, A5, y A6).			X	X	X	X	X	X	X	4
E15	DO1.	Ejecutar planes y programas de salud para cubrir la demanda con servicios de salud de calidad donde se integren las IPS y EPS en torno a ello (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, O1, O2, O3, O4, O5, y O6).	X				X	X	X	X	X	3
E16	DO2.	Inversión público-privada para mejorar el área financiera de los servicios de salud (D1, D2, D3, O1, O2, O4, O5, O6, y O7).	X				X	X	X	X	X	2
E17	DO3.	Ejecutar planes de mejora y articulación de los sistemas de información en el sector salud para brindar información actualizada a los agentes del sector (D1, D2, D4, D6, O1, O2, O4, O5, y O6).	X				X	X	X	X	X	2
E18	DO4.	Incrementar la rentabilidad del sector salud por medio de la promoción del adecuado uso de los recursos y la nivelación de los precios en los servicios de salud (D1, D2, D3, D7, O1, O5, y O7).	X				X	X	X	X	X	3
E19	DA1.	Integración horizontal entre las IPS para incrementar su poder de negociación frente a las EPS (D1, D2, D3, D4, D6, D7, A1, A2, A5, y A6).	X				X	X	X	X	X	3
E20	DA2.	Penetrar en los mercados con aumento de la infraestructura descentralizada, para hacer frente a la concentración geográfica (D5, A3, y A6).				X	X	X	X	X	X	2

Tabla 28

Matriz de Posibilidades de los Competidores para las EPS e IPS en Colombia

		Estrategia retenida	Posibilidades de los competidores y sustitutos			
			Competidor 1	Competidor 2	Competidor 3	Competidor 4
			Medicina prepagada	Sistemas internacionales de salud (Chile-Brasil)	Médicos particulares	Medicina alternativa
E1	FO1.	Aumentar la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria, con el fin de cubrir la demanda insatisfecha y mejorar el nivel de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O2, O4, O5, y O7).	Aumentar la atención en estas especialidades y competir vía precios.	Aumentar la atención en estas especialidades y competir vía precios.	Competir vía precios en los productos ofrecidos.	Baja probabilidad de respuesta.
E8	FA1.	Ejecutar programas de capacitación y formación del recurso humano necesario (F1, F2, F5, A2, A4, A6, y A7).	Imitar estrategia de fortalecimiento del recurso humano.	Imitar estrategia de fortalecimiento del recurso humano.	Baja probabilidad de respuesta.	Baja probabilidad de respuesta.
E9	FA2.	Ejecutar programas de promoción y prevención de salud que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población (F1, F2, F3, F5, F6, A2, A4, A6, y A7).	Implementación de programas de promoción y prevención de salud.	Imitar la estrategia de promoción y prevención en salud con el fin de atraer el mercado de turismo.	Baja probabilidad de respuesta.	Baja probabilidad de respuesta.
E10	FA3.	Adquirir infraestructura física para la prestación de servicios de salud (F1, F3, F4, F6, F7, A3, y A6).	Aumentar el número de establecimientos de salud.	Aumentar el número de establecimientos de salud.	Baja probabilidad de respuesta.	Baja probabilidad de respuesta.
E11	FA4.	Aumentar la inversión en infraestructura tecnológica, e investigación y desarrollo para la prestación de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, A3, A4, A6 y A7).	Imitar estrategia de aumentar la inversión en infraestructura tecnológica e investigación y desarrollo	Imitar estrategia de aumentar la inversión en infraestructura tecnológica e investigación y desarrollo	Baja probabilidad de respuesta	Baja probabilidad de respuesta
E12	FA5.	Alianzas estratégicas con instituciones educativas para aumentar los profesionales calificados en las IPS y EPS (F1, F2, F4, F5, F6, A2, A4, y A6).	Imitar estrategia de alianza con instituciones educativas.	En la actualidad varias instituciones de salud de estos países tienen alianzas estratégicas con instituciones educativas. Dado el caso podrían fortalecer su estrategia.	Baja probabilidad de respuesta.	Baja probabilidad de respuesta.
E14	FA7.	Alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones (F2, F3, F4, F5, F7, A3, A5, y A6).	Imitar estrategia de crear alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones	Imitar estrategia de crear alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones	Baja probabilidad de respuesta	Baja probabilidad de respuesta
E20	DA2.	Penetrar en los mercados con aumento de la infraestructura descentralizada, para hacer frente a la concentración geográfica (D5, A3, y A6).	Aumentar el número de establecimientos de salud.	Aumentar el número de establecimientos con servicios de salud de calidad.	Baja probabilidad de respuesta.	Baja probabilidad de respuesta.

6.3 Conclusiones

En este capítulo de decisión y elección de estrategias, se combinaron los factores internos y externos obtenidos en el análisis previo de la fase de entrada, donde se dio lugar a la Fase 2 de emparejamiento, la cual está conformada por: la Matriz de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, y Amenazas (MFODA); la Matriz de Posición Estratégica y Evaluación de la Acción (MPEYEA); la Matriz del Boston Consulting Group (MBCG); la Matriz Interna-Externa (MIE); y la Matriz de la Gran Estrategia (MGE). Por medio del análisis de estas matrices se dio lugar a la Fase 3 en la que se consideraron: la Matriz de Decisión (MD), la Matriz Cuantitativa de Planeamiento Estratégico (MCPE), la Matriz de Rumelt (MR), y la Matriz de Ética (ME). Finalmente, a través de este proceso se aprobaron las estrategias que pasaron todas las pruebas, las cuales son conocidas como estrategias retenidas.

Estas estrategias a implementar para la prestación de servicios de salud son:

1. Aumentar la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria, con el fin de cubrir la demanda insatisfecha y mejorar el nivel de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O2, O4, O5, y O7);
2. Ejecutar programas de capacitación y formación del recurso humano necesario (F1, F2, F5, A2, A4, A6, y A7);
3. Ejecutar programas de promoción y prevención de salud que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población (F1, F2, F3, F5, F6, A2, A4, A6, y A7);
4. Aumentar la inversión en infraestructura tecnológica, e investigación y desarrollo para la prestación de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, A3, A4, A6 y A7);
5. Alianzas estratégicas con instituciones educativas para aumentar los profesionales calificados en las IPS y EPS (F1, F2, F4, F5, F6, A2, A4, y A6); y
6. Alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones (F2, F3, F4, F5, F7, A3, A5, y A6).

Capítulo VII: Implementación Estratégica

Después de haber seleccionado las estrategias en los capítulos anteriores, sigue la etapa de la implementación estratégica. Esta etapa implica convertir los planes estratégicos en acciones y después en resultados, y requiere de considerar siete aspectos: (a) objetivos a corto plazo; (b) recursos asignados a los objetivos a corto plazo; (c) políticas de cada estrategia; (d) estructura de la organización; (e) medioambiente, ecología, y responsabilidad social; (f) recursos humanos y motivación; y (g) gestión del cambio (D'Alessio, 2015).

7.1 Objetivos a Corto Plazo

Estos objetivos son los hitos mediante los cuales se alcanza, con cada estrategia los OLP. Deben ser claros y verificables para facilitar la gestión de la organización y conseguir la eficacia y la eficiencia del uso de los recursos (D'Alessio, 2015). La Tabla 29 enuncia los OLP con cada uno de sus OCP; y la Tabla 30 muestra las acciones asociadas a cada OCP.

7.2 Recursos Asignados a los Objetivos a Corto Plazo

Los recursos son los insumos que facilitarán las estrategias seleccionadas. De su correcta asignación, depende la realización de las estrategias y, por tanto la determinación del plan a seguir basado en los OCP. Son cuatro las clases de recursos que se deben considerar (i.e., financieros, físicos, humanos, y tecnológicos) para reforzar las competencias distintivas que conducirán a la organización hacia la visión esperada. Estos pueden determinarse tomando en consideración las 7M: (a) materiales, directos, e indirectos; (b) mano de obra; (c) maquinarias; (d) métodos, procedimientos, procesos, y sistemas; (e) medioambiente, clima organizacional, motivación, y ambiente laboral; (f) mentalidad y cultura organizacional; y (g) moneda o dinero (D'Alessio, 2015; ver Tabla 31).

7.3 Políticas de cada Estrategia

Las políticas necesarias para cada estrategia son los límites del accionar gerencial que señalan como se implementarán las estrategias. Estas incluyen directrices, reglas, y procedimientos para apoyar el logro de los objetivos (D'Alessio, 2015). Las políticas que se proponen para cada estrategia se encuentran en la Tabla 32.

Tabla 29

Objetivos a Corto Plazo para las EPS e IPS en Colombia

	Objetivo a largo plazo (OLP)		Objetivo a corto plazo (OCP)
OLP1.	Al 2026, aumentar la cobertura en el acceso al 100%. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2015a), en el primer trimestre de 2015 se encontraba en 96.7%.	OCP 1.1.	Para 2018, tener identificadas al 100% las personas que no cuentan con acceso al sistema de seguridad social y agruparlos como beneficiarios dentro de los regímenes según sus características.
		OCP 1.2.	Desde 2018 hasta 2022, incrementar el acceso a la cobertura y atención en un 2% en el marco del plan obligatorio de salud. Actualmente, se cuenta con una cobertura en el acceso del 96.7%.
		OCP 1.3.	Para 2026, la cobertura en el acceso a servicios de salud será del 100%.
		OCP 1.4.	Para 2018, tener identificados el 100% de las zonas que no cuentan con instituciones prestadoras de salud o en las cuales es mínima su participación, y agruparlas como beneficiarias potenciales de los proyectos de infraestructura de la salud.
		OCP 1.5.	Desde 2019 hasta 2026, anualmente se aumentará la infraestructura física mediante la creación de redes hospitalarias de salud que incluyan servicios básicos y complementarios.
		OCP 1.6.	Desde 2023 hasta 2026, aumentar la cobertura en el acceso y la atención al 100%, incrementando la oferta de servicios (i.e., planes complementarios de salud).
OLP2.	Al 2026, certificar al 70% de las 2,500 IPS por organismos de acreditación de calidad en salud, calificando su alto desempeño. En 2015, solo 32 IPS se encontraban certificadas, equivalentes al 1.28%, y más de 150 IPS se encontraban en proceso de acreditación ("Solo 32," 2015).	OCP 2.1.	Para 2018, identificar el estado actual de todas las IPS en términos de gestión de calidad y certificaciones.
		OCP 2.2.	Para 2018, dar a conocer y exigir la implementación del sistema único de indicadores de gestión para las IPS bajo la metodología de acreditación en salud.
		OCP 2.3.	Desde 2018 hasta 2026, se incrementará anualmente en 7% la certificación en calidad de las IPS manteniendo ese nivel todos los años, por medio de la vigilancia y el monitoreo hasta certificar el 70% de las IPS.
OLP3.	Al 2026, incrementar a 25 la cantidad de IPS dentro del ranking de las mejores clínicas y hospitales de Latinoamérica. Según América Economía (2016), a diciembre del mismo año se encontraban 21 IPS dentro del ranking que selecciona las 44 mejores IPS de Latinoamérica (ver Tabla 17).	OCP 3.1.	A partir de 2018, anualmente se fortalecerán los equipos médicos de última tecnología en relación a las mejores clínicas y hospitales de Latinoamérica.
		OCP 3.2.	A partir de 2018, establecer anualmente exámenes de competencias técnicas, tecnológicas, y profesionales como requisito para ingresar a laborar a las EPS e IPS.
		OCP 3.3.	Desde 2018 hasta 2026, capacitar anualmente al personal técnico, tecnológico, y profesional de los servicios de salud.
		OCP 3.4.	Para 2019, dar a conocer e implementar los indicadores determinantes del ranking América Economía para evaluar el potencial de la red hospitalaria.
		OCP 3.5.	Para 2019, establecer alianzas con el Gobierno con el objetivo de aumentar la infraestructura física de la red hospitalaria.
		OCP 3.6.	Para 2019, establecer alianzas con el Gobierno con el objetivo de aumentar anualmente las campañas de promoción y prevención en salud.
		OCP 3.7.	Para 2019, las EPS e IPS se agremiarán con el fin de compartir conocimientos, monitorear su funcionamiento, y crear planes que mantengan un valor económico agregado positivo.
		OCP 3.8.	A partir de 2023, establecer alianzas estratégicas con instituciones educativas, para la creación de programas de formación técnica, tecnológica, y profesionales, posgrados, y el fortalecimiento del capital humano.
		OCP 3.9.	Para 2026, aumentar a 25 las IPS en el ranking de las mejores clínicas y hospitales de Latinoamérica.
OLP4.	Al 2026, mejorar la tasa de satisfacción global en 10% para las EPS e IPS. En 2015, esta tasa correspondía a 86.40% para las EPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016c) y 83.20% para las IPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016d) (ver Tablas 18 y 19).	OCP 4.1.	En 2018, establecer un sistema único de indicadores de gestión para todas las EPS bajo la metodología del observatorio de calidad en salud con el fin de mejorar la medida de satisfacción en los usuarios en 10% para 2026.
		OCP 4.2.	En 2018, establecer un sistema único de indicadores de gestión para todas las IPS bajo la metodología del observatorio de calidad en salud con el fin de mejorar la medida de satisfacción en los usuarios en 10% para 2026.
		OCP 4.3.	Para 2021, los departamentos con una tasa de satisfacción global para IPS inferior al 75%, la incrementarán a ese porcentaje.
		OCP 4.4.	Para 2022, mejorar la tasa de satisfacción global en 5% para las EPS e IPS.
		OCP 4.5.	Para 2026, mejorar la tasa de satisfacción global en 10% para las EPS e IPS.
OLP5.	Al 2026, el 70% de las EPS calificadas con un desempeño medio en 2015 por el Ministerio de Salud y Protección Social (2015c), obtendrán la calificación de desempeño alto, al prestar servicios de salud de forma óptima, generando un alto valor agregado.	OCP 5.1.	Para 2018, las EPS adelantarán anualmente programas de prevención y promoción de salud.
		OCP 5.2.	Para 2018, identificar el estado actual de todas las EPS calificadas con un desempeño alto y medio, para adelantar programas de desarrollo y fortalecimiento de capacidades que permitan alcanzar un mejor desempeño en la prestación de servicios de salud a sus afiliados.
		OCP 5.3.	Para 2018, se considerarán las medidas de desempeño dentro de los indicadores de gestión de las EPS con el fin de adelantar programas de desarrollo y fortalecimiento que permitan mejorar el desempeño.
		OCP 5.4.	Para 2022, se mejorarán los tres indicadores de desempeño en todas las EPS, obteniendo calificaciones de medio y alto desempeño.
		OCP 5.5.	Para 2026, el 70% de las EPS de ambos regímenes obtendrán la calificación de desempeño alto, al prestar servicios de salud de forma óptima y generar un alto valor agregado.

Tabla 30

Acciones para los Objetivos a Corto Plazo para las EPS e IPS en Colombia



Tabla 31

Recursos Asignados para los Objetivos a Corto Plazo para las EPS e IPS en Colombia



Tabla 32

Políticas de cada Estrategia para las EPS e IPS en Colombia

		E1	E8	E9	E10	E11	E12	E14	E20
		FO1.	FA1.	FA2.	FA3.	FA4.	FA5.	FA7.	DA2.
Política por estrategia		Aumentar la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria, con el fin de cubrir la demanda insatisfecha y mejorar el nivel de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, O1, O2, O4, O5, y O7).	Ejecutar programas de capacitación y formación del recurso humano necesario (F1, F2, F5, A2, A4, A6, y A7).	Ejecutar programas de promoción y prevención de salud que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población (F1, F2, F3, F5, F6, A2, A4, A6, y A7).	Adquirir infraestructura física para la prestación de servicios de salud (F1, F3, F4, F6, F7, A3, y A6).	Aumentar la inversión en infraestructura tecnológica, e investigación y desarrollo para la prestación de servicios (F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, A3, A4, A6 y A7).	Alianzas estratégicas con instituciones educativas para aumentar los profesionales calificados en las IPS y EPS (F1, F2, F4, F5, F6, A2, A4, y A6).	Crear alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones (F2, F3, F4, F5, F7, A3, A5, y A6).	Penetrar en los mercados con aumento de la infraestructura descentralizada, para hacer frente a la concentración geográfica (D5, A3, y A6).
P1	Implementar prácticas de Gobierno corporativo transparente, ética, responsabilidad social, y manejo del medioambiente al interior de las organizaciones.	X		X		X		X	
P2	Preservar e impulsar las áreas financieras de las redes hospitalarias de salud en Colombia.	X	X	X	X	X		X	X
P3	Impulsar la asociatividad entre los principales actores del sector salud.	X	X	X	X	X	X	X	X
P4	Fomentar el cumplimiento de la visión a largo plazo.	X	X	X	X	X	X	X	X
P5	Crear infraestructura de la salud en zonas geográficas aisladas.	X		X	X			X	X
P6	Capacitar permanentemente el recurso humano para mejorar la prestación de servicios de salud.	X	X	X		X			
P7	Impulsar alianzas con universidades y centros de investigación en materia de salud.	X	X	X		X	X	X	
P8	Mantener y adoptar estándares de seguridad al interior de las organizaciones.			X					
P9	Desarrollar y articular los sistemas de información del sector salud.	X	X	X		X	X	X	X
P10	Asegurar la transferencia de recursos por parte del Estado y los entes territoriales para implementar infraestructura de salud y la prestación de servicios básicos de salud a los usuarios.	X	X	X	X	X		X	X
P11	Respetar el marco legal existente y las normativas del sistema de salud.	X	X	X		X	X	X	
P12	Alcanzar altos estándares de calidad en los bienes y servicios de la salud.	X	X	X		X		X	
P13	Lograr la eficiencia y el mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud.	X	X	X		X	X	X	
P14	Lograr la simplificación de procesos de autorización para acceder a los servicios de salud.	X	X			X		X	X

7.4 Estructura de las EPS e IPS en Colombia

La estructura organizacional es el armazón conformado por la distribución, división, agrupación, y relación de las actividades de la organización que la ayudará a mover hacia la implementación de las estrategias a través de las políticas formuladas (D'Alessio, 2015). En la prestación de servicios de salud, es importante definir si la estructura actual es la idónea para la implementación de las estrategias o si por el contrario se deben realizar ajustes para lograr una implementación exitosa. Ello debe realizarse dentro del marco del plan estratégico para las EPS e IPS en Colombia, pero considerando el rol de otros actores dentro del sistema de seguridad social en salud como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

Dentro de la estructura se debe contemplar, mejorar la prestación de servicios desde las EPS en su rol de afiliar y recaudar las cotizaciones y en las IPS como prestadores directos de los servicios de salud. Pero siempre bajo el desempeño óptimo del Ministerio de Salud al formular políticas y programas encaminados a orientar los recursos y las acciones del sistema general de seguridad social, al regular la calidad en los servicios, vigilar el cumplimiento de las políticas, y asesorar a las entidades e instituciones del sector salud, entre otras de sus funciones; todo ello a través del trabajo mancomunado entre el CNSSS, el FOSYGA, y la SNS, cada uno con el cumplimiento de sus respectivas funciones (Cisneros, 2003).

Sin embargo, el rol que desempeñan las EPS e IPS es relevante y de ahí, la importancia de agremiarse y de que las actuales asociaciones de hospitales y clínicas promuevan el fortalecimiento técnico y administrativo de las instituciones afiliadas. Por tanto, para llevar a cabo la implementación de las estrategias es necesario que dichas organizaciones se agremien para que puedan representar sus intereses frente a los otros actores del sistema. Para ello, se deben fortalecer las áreas internas de dichas organizaciones (i.e., administración y gerencia, mercadeo y ventas, operaciones y logística, finanzas y contabilidad, recursos humanos, tecnología e investigación y desarrollo, y sistemas de información y comunicaciones), aprovechando las oportunidades que brinda el entorno.

La Figura 20 presenta un modelo de estructura organizacional sugerido para las EPS e IPS, donde se muestran las áreas internas establecidas como departamentos y el personal idóneo para cada una de estas; ello con el fin de que se fortalezca el desempeño de cada departamento y por tanto de las organizaciones de la salud. Para lograr esto, es necesaria la supervisión de organismos de control internos y externos que verifiquen el servicio prestado de cada área de la estructura organizacional.

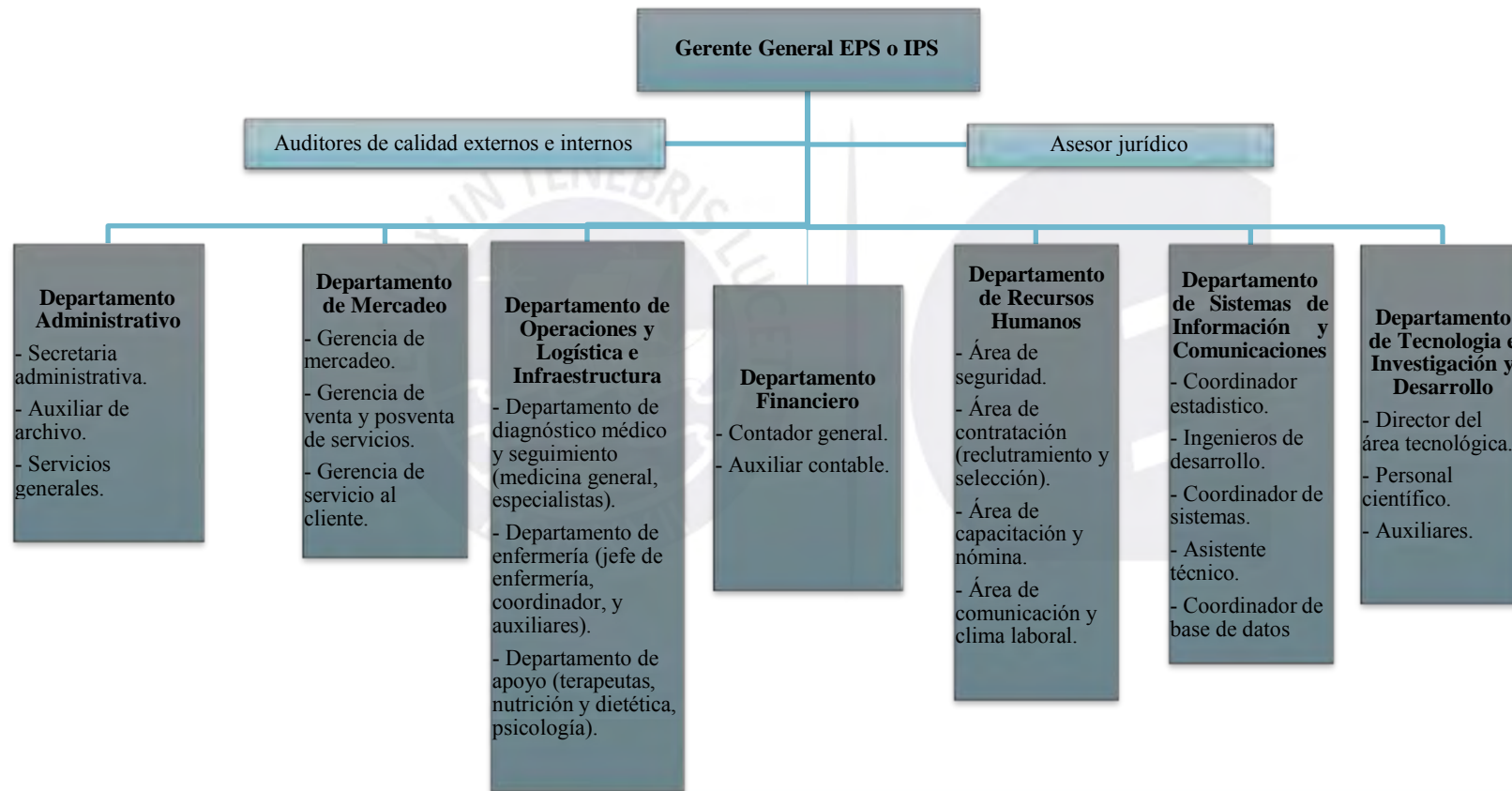


Figura 20. Estructura propuesta para las EPS e IPS en Colombia.

7.5 Medioambiente, Ecología, y Responsabilidad Social

En lo que concierne a la responsabilidad social, esta implica el respeto y cuidado de los recursos, el desarrollo social, y el crecimiento económico. Todo ello, desarrollado en un ambiente ético e integral con la comunidad en la que se aborden los enfoques de tipo económico, social, y ambiental (D'Alessio, 2015). Como se mencionó en el Capítulo IV, las instituciones prestadoras de servicios de salud son actores sociales y económicos que actúan bajo principios solidarios de responsabilidad social. En este sentido, tanto las EPS como las IPS están diseñadas para lograr una finalidad de beneficio social, que se entiende como la contribución de dichas organizaciones para que las comunidades se desarrollen, puesto que estas permiten que las personas puedan acceder a los servicios de salud necesarios y hacen uso del recurso humano de la comunidad. Por tanto, potencian el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

En Colombia, el sector salud ha identificado como base de la responsabilidad social empresarial (RSE) al cliente externo, puesto que la relación observada entre la necesidad de buscar una óptima calidad de vida y la misión de las entidades prestadoras de servicios de salud se da a través de varios factores como: (a) la calidad y la accesibilidad, al garantizar la prestación de un servicio oportuno a través de programas de promoción y prevención en salud; (b) el compromiso, con un equipo de trabajo motivado que preste los servicios de salud; (c) la gestión, con los organismos que proveen los bienes y servicios de la organización de salud para garantizar prácticas correctas bajo principios de ética como la transparencia, la comunicación, y la lealtad; y (d) el cuidado y compromiso con el medioambiente, bajo la premisa de que los seres humanos dependen de su ambiente para satisfacer sus necesidades de supervivencia, salud, y bienestar (Hincapié, 2016).

Para el aspecto de la preservación del medioambiente, existen diversas acciones que se pueden realizar en materia de salud como: (a) implementar programas de ahorro de energía y elementos perecederos; (b) fomentar el reciclaje y utilizar materiales reciclables; (c)

promover prácticas en el procesamiento de desechos y material reciclable; (d) manejar adecuadamente los productos tóxicos; e (e) incentivar el uso de tecnologías limpias.

Por otro lado, es importante mencionar que el sistema único de acreditación para las entidades prestadoras de servicios de salud en Colombia frente a la responsabilidad social promueve desde la Alta Dirección, el desarrollo de las acciones orientadas a: (a) la atención centrada en el usuario y en su núcleo familiar, (b) el mejoramiento continuo, (c) la humanización en la atención, (d) el enfoque de gestión del riesgo y seguridad del paciente, (e) las tecnologías en salud, y (f) la responsabilidad social. Sin embargo, los esfuerzos normativos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social se quedan cortos frente a los elementos de la responsabilidad social conceptualizada en la Norma Internacional ISO 26000:2010 (Cortés, 2014).

7.6 Recursos Humanos y Motivación

Es necesario considerar las personas claves que tengan las competencias necesarias para lograr un proceso de implementación favorable, indicando las responsabilidades que deben desempeñar, tanto los líderes como el personal de apoyo (D'Alessio, 2015). Como se mencionó en el Capítulo IV, los recursos humanos del sistema de salud están conformados por médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería, odontólogos, terapeutas, bacteriólogos, y nutricionistas. Estos deben contar con la característica que les permitan brindar un servicio óptimo a los pacientes, como son los principios de equidad, solidaridad, calidad, ética, integridad, concentración, unidad, y efectividad.

En el país el fortalecimiento del recurso humano en el ámbito de la salud es insuficiente, debido a ello es importante diseñar y plantear políticas públicas que sean coherentes y que permita dar solución a los problemas que presenta el sector. Asimismo, es de alta importancia crear y desarrollar modelos de atención que permitan una adecuada prestación de los servicios de salud, dependiendo de las problemáticas de la sociedad, las cuales deben regirse por las necesidades del recurso humano de la salud (Sierra, 2004).

Para contrarrestar esta situación, es importante motivar al personal de las organizaciones prestadoras de servicios de salud. Evidentemente, las organizaciones tienen miedo al cambio, por lo cual el involucramiento del personal y un liderazgo gerencial comprometido son indispensables en el planeamiento.

7.7 Gestión del Cambio

El proceso de implementación genera cambios estructurales e incluso culturales. Por tanto, el cambio debe planearse adecuadamente, aunque las personas tienden a ser adversas al cambio, asumiendo una posición defensiva frente a este. Sin embargo, es necesario que al interior de las organizaciones se considere que la transición de un estado a otro requieren realizar ciertos cambios y ajustes que a través de una serie de acciones permitirán transformar la organización (D'Alessio, 2015). Para la transformación de las EPS e IPS en Colombia se requieren realizar las siguientes acciones:

1. Planear la estrategia del cambio: Mediante el desarrollo de un plan de acción donde se consignen las funciones de los actores, los plazos de tiempo para ejecutar las acciones de mejoramiento y se calculen los recursos a emplear en el sistema de salud;
2. Establecer un sentido de urgencia: Identificado previamente en el análisis al examinar el mercado de la salud y la crisis actual del sistema de salud en Colombia, y al reconocer las oportunidades que brinda el entorno;
3. Conformar un grupo director facultado: Propuesto a través de la creación de gremios que representen a las EPS e IPS en Colombia que trabajen con los demás actores del sistema de salud y que actúen bajo principios de Gobiernos corporativos, éticos, y de responsabilidad social;
4. Crear una visión para el cambio: Es una función de las EPS e IPS desarrollar una visión que conduzca a un cambio exitoso así como desarrollar estrategias que permitan alcanzar la visión;

5. Comunicar esta visión del cambio: A través de todos los medios posibles que permitan comunicar la visión y las estrategias;
6. Facultar a otros para lograr la visión del cambio: Las agremiaciones entre EPS e IPS deben coordinar con los directivos del sistema de salud en Colombia, apropiándose todos de la visión de cambio;
7. Usar las tecnologías de la información y comunicación como facilitadoras: Por medio de la creación y articulación de sistemas de información entre los diferentes actores del sistema de salud que permitan mejorar el acceso en la prestación de servicios y el uso de Internet y redes sociales;
8. Usar permanentemente la referenciación: Al comparar y tomar como referentes prácticas exitosas en la prestación de servicios de salud en el ámbito de organizaciones y sistemas de salud en el mundo;
9. Tercerizar cuando sea posible, oportunidad inmejorable para aligerar la organización: Evaluando aquellas actividades y procesos que no son eficientes y que podrían ser tercerizados para lograr mayor eficiencia en el sistema de salud;
10. Planear resultados y crear éxitos tempranos: Al lograr resultados exitosos a corto plazo que sean medibles e influyan sobre los planes a largo plazo;
11. Consolidar mejoramientos y producir más cambios: Al usar la credibilidad conseguida para cambiar políticas y sistemas que no se ajustan a la visión de las EPS e IPS en Colombia, al promover el fortalecimiento del recurso humano e impulsar nuevos proyectos; y
12. Institucionalizar los nuevos enfoques: Al desarrollar los medios que permitan asegurar el impulso hacia el liderazgo en los principales actores de las EPS e IPS en Colombia y articular las conexiones entre el nuevo comportamiento y el éxito de las organizaciones prestadoras de servicios de salud.

7.8 Conclusiones

Esta etapa implica convertir los planes estratégicos en acciones y luego en resultados. Por tanto, se han identificado los objetivos a corto plazo que permitirán el cumplimiento de los objetivos a largo plazo haciendo uso de las estrategias previamente identificadas, las cuales son delimitadas a partir de las políticas y valores de las EPS e IPS en Colombia.

En los OCP, es de alta importancia hacer uso de los recursos para plasmar las estrategias seleccionadas. De ahí, que el aporte financiero se convierte en un insumo necesario que permite la ejecución de las estrategias, especialmente en lo relacionado con el incremento de la infraestructura física y tecnológica. Por esta razón, es necesario contar con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social, el Estado, los entes territoriales, las EPS, e IPS. Otro de los recursos indispensables es el recurso humano, el cual tiene un rol importante para lograr los objetivos relacionados con la calidad en la prestación de servicios de salud.

En cuanto a la estructura organizacional, deben evaluarse los cambios a realizarse para la implementación exitosa de las estrategias, dentro del marco del plan estratégico, considerando el rol de las EPS e IPS en Colombia y de otros actores dentro del sistema de seguridad social en salud como el CNSSS y la SNS. A su vez, las instituciones prestadoras de servicios de salud deben concebirse como actores sociales y económicos que actúan bajo principios solidarios de responsabilidad social y, por ende, deben potenciar el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Lo anterior, considerando que deben gestarse cambios estructurados e incluso culturales en las instituciones prestadoras de salud. Por tanto, el cambio debe planearse adecuadamente, al identificar los líderes y el personal de apoyo, y en general, motivar al recurso humano para que las organizaciones alcancen la visión tratada. En otras palabras, se trata de planear la gestión del cambio, minimizar su resistencia, monitorearlo, e involucrar al equipo de trabajo en la aplicación de las estrategias.

Capítulo VIII: Evaluación Estratégica

Esta etapa, a pesar de ser considerada en tercera instancia, es necesaria durante todo el proceso, especialmente porque la intensidad y frecuencia de los cambios en el entorno, la competencia, y la demanda producen la necesidad de un planeamiento estratégico que sea dinámico. Hoy por hoy, los cambios ocurren a mayor velocidad y se dan con mayor frecuencia, lo cual conduce a ajustar permanentemente lo desarrollado en el planeamiento estratégico. Por tanto, esta tercera etapa de evaluación debe realizarse de forma integral, puesto que se requiere revisar todo, puesto que lo formulado es susceptible de ser cambiado y debe plasmarse en algo realizable (D'Alessio, 2015).

8.1 Perspectivas de Control

Un mecanismo de evaluación estratégica eficaz es el Tablero de Control Balanceado, puesto que permite evaluar y monitorear el desempeño de los objetivos a corto plazo y las estrategias que permitirán a las EPS e IPS en Colombia alcanzar una implementación exitosa, al observar hacia donde se dirigen estas organizaciones y corregir su rumbo si es necesario. Este tablero fue planteado por Kaplan y Norton, y de acuerdo con ellos, tiene cuatro perspectivas que permiten evaluar la consecución de los objetivos (D'Alessio, 2015). Dichas perspectivas de desarrollan a continuación.

8.1.1 Aprendizaje interno

La elaboración del tablero de control inicia con la evaluación de la perspectiva de aprendizaje organizacional, la cual está relacionada con la motivación y preparación de los empleados y que tiene como objetivo responder a la pregunta ¿Cómo debe mi organización aprender y mejorar para alcanzar la visión? Algunas medidas típicas que al usarse permiten evaluar cómo las organizaciones consiguen estos objetivos son: (a) satisfacción de la fuerza operacional, (b) retención de la fuerza operacional, (c) productividad de la fuerza operacional, (d) capacidades de los sistemas de información y comunicaciones, y (e) capacidad de los sistemas facilitadores. La perspectiva de aprendizaje para las EPS e IPS en

Colombia sugiere capacitar al personal de la salud y exigir competencias para fortalecer el recurso humano en la prestación de servicios de salud.

8.1.2 Procesos

Después de la evaluación de la perspectiva de aprendizaje interno, se pasa a evaluar la perspectiva de los procesos internos, la cual está relacionada con la productividad y que tiene como objetivo responder las interrogantes ¿Cómo se va a satisfacer a los clientes? y ¿En qué procesos se debe ser excelente para conseguirlo? Algunas medidas típicas que al usarse permiten evaluar cómo las organizaciones consiguen estos objetivos son: (a) régimen de innovaciones; (b) servicio posventa; (c) eficiencia operacional con procesos productivos eficientes; (d) medidas de calidad, de producción, y mermas; y (e) tiempos de los ciclos.

En la prestación de servicios de salud, en aras de aumentar la competitividad se deben aumentar los bienes y servicios a través de la creación de infraestructura física, la adopción y fortalecimiento de indicadores de gestión y sistemas de calidad, y las innovaciones en equipos médicos de última tecnología en relación a las mejores clínicas y hospitales de Latinoamérica.

8.1.3 Clientes

Después de la evaluación de la perspectiva de procesos, se pasa a evaluar la perspectiva de clientes la cual está relacionada con obtener clientes satisfechos y que tiene como objetivo responder a las interrogantes ¿Cómo se debe mirar a los clientes? y ¿Cómo se tratan para que compren? Ello con el fin de identificar segmentos de mercado y elaborar productos de calidad que dichos segmentos estén dispuestos a pagar. Algunas medidas típicas que al usarse permiten evaluar cómo las organizaciones consiguen estos objetivos son: (a)) participación de mercado, (b) retención de los clientes y consumidores, (c) captación de nuevos clientes y consumidores, y (d) la rentabilidad por cliente y consumidor.

Desde esta perspectiva, se identifican: (a) el número de personas que no tienen acceso en la cobertura y atención en servicios de salud y (b) la posibilidad de afiliarlos al sistema de

salud, aumentando los planes complementarios e identificando las zonas geográficas que no cuentan con redes hospitalarias de salud.

8.1.4 Financiera

Después de la evaluación de la perspectiva de clientes, se pasa a evaluar la perspectiva financiera, la cual está relacionada con tener accionistas satisfechos y que tiene como objetivo responder a la interrogante ¿Cómo se mirará a los accionistas? Algunas medidas típicas que al usarse permiten evaluar cómo las organizaciones consiguen estos objetivos son: (a) retorno sobre el uso del patrimonio (ROE), (b) retorno sobre las ventas (ROS), (c) ingresos por empleado, (d) rentabilidad por proyecto, (e) análisis del punto de equilibrio, (f) flujo de caja, y (g) retorno financiero.

Las EPS e IPS en Colombia requieren buscar financiamiento para crear infraestructura, comprar equipos médicos y tecnológicos, e innovar en la prestación de servicios de salud. Ello se da a partir de la generación de un valor económico agregado positivo por parte de dichas organizaciones y por el rol del Estado para asegurar la salud. En la perspectiva financiera se encuentra un objetivo a corto plazo relacionado con la creación de un valor económico positivo para el sector.

8.2 Tablero de Control Balanceado (*Balanced Scorecard*)

Esta herramienta de control estratégico fue planteada por Kaplan y Norton con el fin de facilitar la evaluación de las estrategias a través de la medición y comparación de los objetivos. Ello con el fin de lograr una implementación exitosa de la estrategia, puesto que se puede ver hacia dónde se dirige la organización y corregir el rumbo cuando sea necesario. La finalidad es obtener cuatro resultados estratégicos que son: (a) accionistas satisfechos, al incrementar su patrimonio; (b) clientes contentos, al satisfacer sus necesidades; (c) procesos productivos, al producir y vender productos de calidad con costos adecuados; y (d) empleados motivados y preparados que muevan a la organización hacia el cambio. Por tanto, la evaluación y medición se da a partir de las cuatro perspectivas previamente analizadas (D'Alessio, 2015). En la Tabla 33 se muestra el Tablero de Control Balanceado.

Tabla 33

Tablero de Control Balanceado para las EPS e IPS en Colombia

Perspectiva	Objetivo a corto plazo (OCP)	Responsables	Indicador	Unidad de medición
Financiera	OCP 3.7. Para 2019, las EPS e IPS se agremiarán con el fin de compartir conocimientos, monitorear su funcionamiento, y crear planes que mantengan un valor económico agregado positivo.	EPS e IPS	Valor económico agregado positivo (EVA)	Generación de valor económico positivo (\$)
Del cliente	OCP 1.1. Para 2018, tener identificadas al 100% las personas que no cuentan con acceso al sistema de seguridad social y agruparlos como beneficiarios dentro de los regímenes según sus características.	Ministerio de Salud y EPS e IPS	N personas dentro del sistema de seguridad social	N
	OCP 1.2. Desde 2018 hasta 2022, incrementar el acceso a la cobertura y atención en un 2% en el marco del plan obligatorio de salud. Actualmente, se cuenta con una cobertura en el acceso del 96.7%.	Estado, Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, y EPS e IPS	N potenciales beneficiarios al sistema de seguridad social Tasa de cobertura en el acceso y atención en servicios de salud	%
	OCP 1.3. Para 2026, la cobertura en el acceso a servicios de salud será del 100%.	Estado, Ministerio de Salud, y EPS e IPS	N planes complementarios de salud Tasa de cobertura y atención del plan obligatorio de salud	%
	OCP 1.4. Para 2018, tener identificados el 100% de las zonas que no cuentan con instituciones prestadoras de salud o en las cuales es mínima su participación, y agruparlas como beneficiarias potenciales de los proyectos de infraestructura de la salud.	Estado, Ministerio de Salud, y EPS e IPS	Tasa de cobertura en el acceso a servicios de salud	%
	OCP 1.5. Desde 2019 hasta 2026, anualmente se aumentará la infraestructura física mediante la creación de redes hospitalarias de salud que incluyan servicios básicos y complementarios.	Estado, Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, y EPS e IPS	N zonas con presencia mínima de instituciones prestadoras de salud	N
De procesos	OCP 1.6. Desde 2023 hasta 2026, aumentar la cobertura en el acceso y la atención al 100%, incrementando la oferta de servicios (i.e., planes complementarios de salud).	Ministerio de Salud y EPS e IPS	N plantas físicas para la prestación del servicio de salud N atenciones en servicios básicos y complementarios	N
	OCP 2.1. Para 2018, identificar el estado actual de todas las IPS en términos de gestión de calidad y certificaciones.	Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, y EPS e IPS	N IPS acreditadas en términos de gestión de calidad	N
	OCP 2.2. Para 2018, dar a conocer y exigir la implementación del sistema único de indicadores de gestión para las IPS bajo la metodología de acreditación en salud.	Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, y EPS e IPS	Indicadores de gestión para IPS bajo la metodología de acreditación en salud	%
	OCP 2.3. Desde 2018 hasta 2026, se incrementará anualmente en 7% la certificación en calidad de las IPS manteniendo ese nivel todos los años, por medio de la vigilancia y el monitoreo hasta certificar el 70% de las IPS.	Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, y EPS e IPS	Tasa de certificación de 70 % para calidad de las IPS	%
	OCP 3.1. A partir de 2018, anualmente se fortalecerán los equipos médicos de última tecnología en relación a las mejores clínicas y hospitales de Latinoamérica.	EPS e IPS	N equipos médicos de última tecnología	N
	OCP 3.4. Para 2019, dar a conocer e implementar los indicadores determinantes del ranking América Economía para evaluar el potencial de la red hospitalaria.	Ministerio de Salud y EPS e IPS	Tasa de crecimiento de los indicadores del ranking América Economía (i.e., Seguridad y Dignidad del Paciente, Capital Humano, Capacidad, Gestión del Conocimiento, Eficiencia, y Prestigio)	%
	OCP 3.5. Para 2019, establecer alianzas con el Gobierno con el objetivo de aumentar la infraestructura física de la red hospitalaria.	Estado, Ministerio de Salud, y EPS e IPS	N proyectos de infraestructura física de la red hospitalaria en alianza con el Gobierno	N
	OCP 3.6. Para 2019, establecer alianzas con el Gobierno con el objetivo de aumentar anualmente las campañas de promoción y prevención en salud.	Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, y EPS e IPS	N campañas de promoción y prevención en salud en alianza con el Gobierno	N
	OCP 3.9. Para 2026, aumentar a 25 las IPS en el ranking de las mejores clínicas y hospitales de Latinoamérica.	Ministerio de Salud y EPS e IPS	N IPS dentro del ranking de las mejores clínicas y hospitales de Latinoamérica	N
	OCP 4.1. En 2018, establecer un sistema único de indicadores de gestión para todas las EPS bajo la metodología del observatorio de calidad en salud con el fin de mejorar la medida de satisfacción en los usuarios en 10% para 2026.	Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, y EPS e IPS	Indicadores de gestión para EPS bajo metodología de acreditación en salud	%
	OCP 4.2. En 2018, establecer un sistema único de indicadores de gestión para todas las IPS bajo la metodología del observatorio de calidad en salud con el fin de mejorar la medida de satisfacción en los usuarios en 10% para 2026.	Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, y EPS e IPS	Indicadores de gestión para IPS bajo metodología de acreditación en salud	%
	OCP 4.3. Para 2021, los departamentos con una tasa de satisfacción global para IPS inferior al 75%, la incrementarán a ese porcentaje.	Ministerio de Salud y EPS e IPS	Tasa de satisfacción global del promedio nacional	%
	OCP 4.4. Para 2022, mejorar la tasa de satisfacción global en 5% para las EPS e IPS.	Ministerio de Salud y EPS e IPS	% de tasa de satisfacción global	%
	OCP 4.5. Para 2026, mejorar la tasa de satisfacción global en 10% para las EPS e IPS.	Ministerio de Salud y EPS e IPS	% de satisfacción global	%
	OCP 5.1. Para 2018, las EPS adelantarán anualmente programas de prevención y promoción de salud.	Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, y EPS e IPS	N programas de prevención y promoción de salud de las EPS e IPS	N
OCP5.2. Para 2018, identificar el estado actual de todas las EPS calificadas con un desempeño alto y medio, para adelantar programas de desarrollo y fortalecimiento de capacidades que permitan alcanzar un mejor desempeño en la prestación de servicios de salud a sus afiliados.	Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, y EPS e IPS	N EPS calificadas con desempeño medio y alto	N	
OCP5.3. Para 2018, se considerarán las medidas de desempeño dentro de los indicadores de gestión de las EPS con el fin de adelantar programas de desarrollo y fortalecimiento que permitan mejorar el desempeño.	Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, y EPS	Indicadores de gestión para EPS bajo metodología de acreditación en salud, en relación con las medidas de desempeño	%	
OCP5.4. Para 2022, se mejorarán los tres indicadores de desempeño en todas las EPS, obteniendo calificaciones de medio y alto desempeño.	Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, y EPS	Evaluación de cada indicador de desempeño	%	
OCP5.5. Para 2026, el 70% de las EPS de ambos regímenes obtendrán la calificación de desempeño alto, al prestar servicios de salud de forma óptima y generar un alto valor agregado.	Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, y EPS	Tasa de calificación de desempeño de las EPS	%	
Aprendizaje interno	OCP 3.2. A partir de 2018, establecer anualmente exámenes de competencias técnicas, tecnológicas, y profesionales como requisito para ingresar a laborar a las EPS e IPS.	EPS e IPS	N exámenes de competencias técnicas, tecnológicas, y profesionales	N
	OCP 3.3. Desde 2018 hasta 2026, capacitar anualmente al personal técnico, tecnológico, y profesional de los servicios de salud.	EPS e IPS	N técnicos, tecnólogos, y profesionales capacitados en servicios de salud	N
	OCP 3.8. A partir de 2023, establecer alianzas estratégicas con instituciones educativas, para la creación de programas de formación técnica, tecnológica, y profesionales, posgrados, y el fortalecimiento del capital humano.	Estado, Ministerio de Salud, EPS e IPS, e Instituciones Educativas	N programas de formación técnica, tecnológica, profesional, y de posgrados N instituciones que ofrecen programas relacionados con la salud. N programas para el fortalecimiento del capital humano.	N

8.3 Conclusiones

Por medio de la implementación del Tablero de Control Balanceado durante toda la etapa del planeamiento estratégico, se pretende cerrar la brecha entre lo que las EPS e IPS en Colombia desean hacer y lo que en realidad se ejecuta. Así, se puede ejercer una visión integral y holística de estas organizaciones, al facilitar la evaluación de las estrategias a través de la medición y comparación de los objetivos.

Lo anterior se debe realizar a través de las cuatro perspectivas: (a) aprendizaje interno, (b) procesos, (c) clientes, y (d) financiera; puesto que permite evaluar las medidas típicas que pueden utilizarse para reevaluar la consecución de los objetivos trazados.

La elaboración del Tablero de Control Balanceado inicia con la evaluación de la perspectiva de aprendizaje organizacional, la cual para las EPS e IPS en Colombia, está relacionada con capacitar al personal de la salud y exigir competencias para fortalecer el recurso humano en la prestación de servicios de salud. Después de la evaluación de la perspectiva de aprendizaje interno, se pasa a evaluar la perspectiva de los procesos internos, la cual está relacionada con aumentar la competitividad de las EPS e IPS a través de la creación de infraestructura física, la adopción y fortalecimiento de indicadores de gestión y sistemas de calidad, y las innovaciones en equipos médicos de última tecnología en relación a las mejores clínicas y hospitales de Latinoamérica.

Posteriormente, se pasa a evaluar la perspectiva de clientes, la cual está relacionada con obtener clientes satisfechos a través de la identificación del número de personas que no tienen acceso en la cobertura y atención en servicios de salud y la posibilidad de afiliarlos al sistema de salud, aumentando los planes complementarios e identificando las zonas geográficas que no cuentan con redes hospitalarias de salud.

Luego se pasa a la evaluación de la perspectiva financiera, la cual está relacionada con tener indicadores financieros favorables. En Colombia, esto se da a partir de búsquedas

de financiamiento para crear infraestructura, comprar equipos médicos y tecnológicos, e innovar en la prestación de servicios de salud, y de la obtención de un valor económico agregado positivo para dichas organizaciones.

Y finalmente, la suma de la evaluación de estas cuatro perspectivas constituye la Tabla de Control Balanceado para las EPS e IPS en Colombia.



Capítulo IX: Competitividad de las EPS e IPS en Colombia

Existen múltiples definiciones sobre competitividad, una de ellas muy acertada es la que dio Porter, definiéndola como “la productividad con que un país utiliza sus recursos humanos, económicos y naturales” (como se citó en D’Alessio, 2015, p. 633). Sin embargo, existe una competitividad vista desde el ámbito nacional y otra desde el panorama industrial, puesto que toda empresa perteneciente a una industria tiene una estrategia competitiva que puede desarrollarse expresamente por medio de la planeación o las actividades sobreentendidas (D’Alessio, 2015). En este sentido, el Capítulo IX presenta un análisis de la competitividad de las EPS e IPS en Colombia.

9.1 Análisis Competitivo de las EPS e IPS en Colombia

La competitividad se puede resumir como el nivel de productividad de las organizaciones, medible a través de un conjunto de variables. En consecuencia, el objetivo de las EPS e IPS es ser más productivas como un medio para llegar a ser más competitivas (D’Alessio, 2015). El sector salud es un factor relevante en la generación de calidad de vida de las personas y del capital humano, puesto que incrementa la productividad y es a su vez un significativo consumidor y productor de bienes. Además, incide sobre la competitividad de un país y de su desarrollo económico. Para ello, es esencial que las inversiones en salud sean eficientes y equitativas, con el objetivo de alcanzar un nivel de salud óptimo de la población con los recursos invertidos (Marie, Arreola, & Escandón, 2007).

Sin duda alguna, entendiendo que la productividad es un medio para hacer a las organizaciones competitivas, se puede entender el panorama del sector salud en Colombia, y específicamente de las EPS e IPS, al analizar el deterioro del cambio tecnológico causado por la escasa inversión en tecnología. A manera de ejemplo, Orozco (2014) encontró que la productividad en Colombia se sustenta en que solo uno de cada 25 hospitales se considera con un desempeño eficiente y productivo, mientras que uno de cada tres evidencia lo contrario.

Súmese a esto que la capacidad hospitalaria pública para atender la demanda entre 2002 y 2012 presentó cambios mínimos; lo cual indica que las atenciones de mayor complejidad en su mayoría son resueltas por las IPS privadas. Además, la oferta disponible en general, es insuficiente frente a la demanda potencial de sus habitantes y de usuarios que llegan transferidos de otras regiones del país por parte de sus EPS, incluso en las entidades territoriales más pobladas (i.e., Bogotá, Valle del Cauca, Antioquia, Bolívar, y Atlántico). Esta situación es preocupante dado que el acceso a los servicios de salud en varios municipios del país depende del funcionamiento de las IPS públicas (Orozco, 2014).

Algunos factores que permiten explicar la baja productividad en los hospitales públicos son: (a) el cambio tecnológico negativo; (b) el aumento de gastos indirectos en personal contratado bajo la modalidad de prestación de servicios o de alta rotación, lo cual genera ineficiencias en tanto que cada vez que alguien nuevo ingresa al mercado laboral debe invertirse tiempo y dinero en su capacitación; (c) la falta de preparación en los hospitales públicos para convertirse en entidades sociales del Estado (ESE), puesto que a partir de la normativa que estableció esto, las IPS privadas ya tenían lazos comerciales fortalecidos con EPS del régimen contributivo y además gozaban de mejores condiciones financieras, de infraestructura, y de tecnología; (d) las crecientes deudas de las EPS, lo cual impone restricciones financieras a los hospitales; (e) la baja participación de los ciudadanos vs. la mayor carga de los gastos del sector salud asumida por el Estado; (f) la falta de transparencia en la gestión de recursos financieros y humanos puesto que la inversión en tecnología algunas veces se realiza en equipos que no incide en una mejor prestación del servicio, o en puestos de trabajo que obedecen a cuotas burocráticas y no son asignadas al recurso humano mejor calificado; y (g) el flujo de recursos de los administradores de los regímenes hacia las IPS privadas y públicas, puesto que al analizar el consolidado de cartera de la IPS por deudas de servicios de salud con corte a junio de 2012, de acuerdo con la Superintendencia de Salud, las

cuentas por cobrar de estas ascendían a \$11.3 billones COP, de las cuales el 63% correspondía a las IPS privadas y el 37% a las IPS públicas (Orozco, 2014).

Muchas de estas problemáticas son compartidas por las IPS privadas y EPS bajo las dos modalidades. Sin embargo, se hace énfasis en la red hospitalaria pública, puesto que dado el sistema de salud en Colombia, se requiere de mayor gasto público sectorial.

A nivel general, la tecnología costosa y las altas tarifas médicas, independientemente de la calidad con que se preste el servicio, afectan la competitividad de estas organizaciones. Algunas soluciones factibles deben enfocarse en la reducción de costos administrativos y mejorar los tiempos de hospitalización, tratamientos, y pronósticos médicos, al utilizar sistemas de información y monitoreo pertinentes (“Competitividad y Generación”, s.f.).

En cuanto a las EPS, al estudiar detalladamente sus niveles de productividad, un análisis de la utilización de los recursos y el valor agregado que estas generan, se señala que subsisten problemas financieros asociados al difícil manejo, los costos financieros, el riesgo, conflictos para financiarse con recursos propios y permanentes, decisiones de inversión poco efectivas, control de las operaciones, repartos de dividendos, y baja productividad. Por esta razón, es importante analizar la prestación de servicios para la medición de la productividad y comprender que aumentar la productividad implica ofrecer un mejor servicio, hacer uso de la calidad, y reducir los costos asociados a la función de las entidades de salud. Un análisis discriminado multivariado para evaluar la productividad de las EPS del régimen subsidiado en Colombia durante el periodo 2008-2010, fue realizado a 27 entidades de salud, donde se obtuvo que los indicadores de productividad de las entidades del régimen subsidiado en Colombia han mejorado, así como los indicadores de utilidad neta y valor agregado (Fontalvo, 2012).

En el caso de las EPS privadas, este problema también se ha hecho evidente en los últimos años, por lo cual han sido objeto de múltiples intervenciones del Gobierno y de

normativas encaminadas a restaurar su condición económica. Para contrarrestar este tipo de problemáticas, se debe promover la estabilidad del sistema de salud a través de la inyección de recursos financieros para fortalecer la infraestructura hospitalaria y el equipamiento médico de las instituciones prestadoras de salud. Otras estrategias son la formalización laboral de las ESE, el giro directo a las IPS, la compra de cartera a IPS privadas y públicas, y el fortalecimiento de medidas de control y regulación sobre el desempeño de las EPS e IPS.

Además, algunos indicadores permiten determinar el nivel de competitividad de las EPS e IPS como el acceso a los servicios de salud, los indicadores demográficos, la capacidad instalada de la infraestructura física y tecnológica de la red hospitalaria, los niveles de complejidad de los recursos ofrecidos, y el recurso humano disponible, entre otros.

Estos indicadores según Giacometti (2013), son evaluados en los informes de competitividad global del FEM donde se ha enunciado como pilar de competitividad, el nivel y estado de salud de sus trabajadores de una nación y; en el ámbito local, esta tendencia se entiende desde la participación de los sectores público y privado en la atención de salud y de cómo dicha participación ha generado oportunidades para estudiar la gestión de los recursos, el rol de los hospitales, y sus resultados, en respuesta a las necesidades de los usuarios y su rol como consumidor del recurso humano.

En términos de competitividad, como se evidenció a lo largo del planeamiento, la economía colombiana según los resultados obtenidos en el índice global de competitividad (IGC) para 2014-2015 tuvo una calificación de 4.23. Así, Colombia se ubicó en el puesto 66 entre 144 economías para 2015. Sin embargo, se reflejó una desmejora en la calificación del pilar de la salud y la educación, al pasar de la posición 98 a la 105; lo que muestra el mal estado de los programas sociales del país (DNP, 2014). Con respecto a esta problemática, el Gobierno impulsó una estrategia denominada Sistema de Promoción Social (SPS), que busca fortalecer los servicios sociales (i.e., educación, salud, y turismo) con el objetivo de responder a las necesidades de la población.

Por su parte según *América Economía* (2016), el ranking de las mejores clínicas y hospitales de Latinoamérica ubicó a 21 IPS dentro de las 44 mejores instituciones de salud de la región, considerando según Suárez (2016), el potencial de la red hospitalaria a través de los indicadores de seguridad y dignidad del paciente, capital humano en salud, capacidad económica e infraestructura de la red hospitalaria, gestión del conocimiento, eficiencia médica (i.e., financiera y mecanismos de gestión de la calidad), y prestigio.

Otros indicadores destacados son el ranking del Ministerio de Salud y Protección Social (2015c), el cual muestra el desempeño de las EPS, al considerar qué tanto promueven los aseguradores el acceso a los servicios de salud, la movilidad dentro del sistema de salud, y su preocupación por proteger la salud de las personas y evitar que se enfermen; y los sistemas de acreditación de las IPS, los cuales en 2015 habían certificado solo 32 entidades y más de 150 se encontraban en proceso de acreditación.

Un elemento de análisis muy importante de la competitividad de las instituciones prestadoras de servicios de salud, como bien se ha mencionado a lo largo del planeamiento, se evidencia en la ausencia del recurso humano, puesto que si bien se han incrementado progresiva y sostenidamente el número de programas académicos de formación superior y sus egresados en el país, esto no se ha reflejado en la oferta de profesionales contratados en el área de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Por esta razón, es importante que el recurso humano de las entidades prestadoras de salud tenga atributos que lleven a prestar un servicio idóneo y cómodo a todo tipo de pacientes, bajo los principios de equidad, solidaridad, calidad, ética, integridad, concentración, unidad, y efectividad.

Las instituciones de la salud son agentes institucionales donde confluyen procesos industriales, intensivos en tecnología y procesos automatizados que, al combinarse con procesos más complejos de la gestión clínica, convierten al recurso humano y la gestión del conocimiento en elementos claves para asegurar la eficacia, eficiencia, calidad, y seguridad

en sus resultados. Este análisis es de especial relevancia dada la alta relación con los enfoques de gestión por procesos y mejoramiento continuo de la calidad asistencial, en el cual están comprometidas organizaciones del sector salud como las EPS e IPS; puesto que a través de los procesos centrales de estas instituciones se puede obtener una mejora significativa de su desempeño y, en consecuencia, de su nivel de competitividad (Giacometti, 2013).

Finalmente, el modelo de aseguramiento de salud en Colombia ha permitido la expansión de la cobertura y la capacidad de dirigir recursos a favor del sector. A esto se atribuye el aumento del presupuesto para la salud. Sin embargo, se requieren hacer ajustes básicos que garanticen el funcionamiento del sistema y revisar el diseño y la gestión de los recursos.

9.2 Identificación de las Ventajas Competitivas de las EPS e IPS en Colombia

Es imperioso desarrollar la innovación al interior de las organizaciones prestadoras de servicios de salud con el objetivo de formular nuevas estrategias únicas (i.e., ventajas competitivas) que les permita ingresar y posicionarse en el mercado.

En Colombia se han creado Comités de Turismo y Salud, donde se agrupan a empresas que trabajan en estos dos sectores considerando el factor de calidad y prestigio del sector médico, y el reconocimiento de los altos niveles de calidad en áreas de la salud como cirugía estética y reconstructiva, oftalmología, odontología, oncología, estudios y procedimientos con células madres, cardiología y chequeos médicos ejecutivos, entre otros, lo que repercute positivamente en el nivel de competitividad en el ámbito nacional, especialmente en ciudades como Medellín, Cartagena, y Bogotá. Estos factores junto a los precios accesibles, la calidad de los profesionales de la salud, y diferentes experiencias de éxito en los últimos años se identifican como ventajas competitivas de las EPS e IPS. Sin embargo, Colombia debe definir cuál es su potencial exportador y cuáles son sus ventajas

competitivas en el sector de la salud. Actualmente, los servicios de salud son reconocidos por un alto nivel de calidad al contar con infraestructura adecuada, personal médico científico con experiencia, y tecnología avanzada. Esta situación es la que conlleva a que los extranjeros se desplacen hacia Colombia con el objetivo de recibir atención en los diversos servicios. Según el Congreso de la república (2014), varias instituciones están en medio de procesos de acreditación institucional, puesto que su potencial es grande, dado el prestigio de los profesionales de la salud y el número de instituciones. Por esta razón, el país se proyecta como uno de los principales destinos de Latinoamérica en turismo de salud. Pero persisten algunas barreras como: el número de instituciones prestadoras de salud que se requieren acreditar internacionalmente; la insuficiencia de la infraestructura hospitalaria y hotelera para atender el volumen de pacientes; y la falta de recursos humanos en las áreas técnicas, tecnológicas, profesionales, y universitarias relacionadas con la salud (Hernández, 2014).

En cuanto a las EPS, algunas ventajas competitivas son: que algunas poseen IPS propias para prestar un servicio directo a los usuarios, la existencia de planes complementarios de salud, los servicios integrados de prestaciones sociales y atención especializada a empresas e industrias, y la creciente cobertura en el acceso. Todas estas ventajas competitivas deben ser aprovechadas para mejorar los servicios de salud no solo en el ámbito internacional, sino local, incidiendo en el fortalecimiento de los niveles de productividad y por tanto de competitividad.

9.3 Identificación y Análisis de los Potenciales Clústeres de las EPS e IPS en Colombia

De acuerdo con Porter (como se citó en Marulanda, s.f.), un clúster es un grupo de compañías interconectadas que se encuentran geográficamente cerca, se desempeñan en industrias similares, y están unidas por características comunes o complementarias.

En Colombia, los servicios de salud se han fortalecido con el paso de los años. Por esta razón la exportación de dichos servicios se constituye como un factor destacado del

crecimiento económico que está vinculado con el sector turismo. Para ello, se han creado herramientas como las zonas francas y diferentes clústeres ubicados en el ámbito nacional, que a su vez han impulsado una importante generación de nuevos empleos. Con respecto a la infraestructura se ha presentado un importante progreso. Como señaló Proexport Colombia, en el país existen seis zonas francas de salud, diversos clústeres, y negocios que impulsan el sector hacia una productividad de talla mundial. Estos cuentan con el apoyo de núcleos de trabajo y entidades gubernamentales en diferentes regiones del país (Hernández, 2014).

En el ámbito nacional se han implementado diversas estrategias con el fin de consolidar una oferta de servicios de salud que brinde calidad. Ello ha ido acompañado de políticas de apoyo al sector de la salud tales como las zonas francas e iniciativas de clúster. Dichas iniciativas son apoyadas por Innpulsa en Barranquilla y Cúcuta, y están vinculadas directamente con las Cámaras de Comercio de Cali, Bucaramanga, y Medellín (Bustos, s.f.).

Otras iniciativas de clúster se han dado en Bogotá con el programa Salud Capital en un proyecto junto a la Cámara de Comercio de Bogotá, la Alcaldía Mayor, y Proexport Colombia. Por su parte, en la ciudad de Cali el programa Valle de la Salud liderado por la Universidad Javeriana estimula el desarrollo de las capacidades competitivas del sector. En Medellín, se ha estructurado el clúster de servicios de medicina y odontología con el objetivo que los grandes logros de las instituciones locales en materia de procedimientos médicos especializados contribuyan a la competitividad de la ciudad. En Santander se gestiona el proyecto Salud Santander y, en otras regiones se vislumbran esfuerzos independientes como en el Eje Cafetero, Barranquilla, y Cartagena. En la actualidad existen siete departamentos que le apuestan al desarrollo del sector salud con base en sus ventajas comparativas y especialidades, ellos son: Antioquia, Atlántico, Región Bogotá-Cundinamarca-, Valle del Cauca, Santander, Caldas, y Risaralda (Marulanda, Correa, & Mejía, 2009).

Todas estas acciones están enmarcadas en que el sector salud sea competitivo. Para ello, tanto las EPS e IPS en Colombia deben enfocarse en mejorar sus niveles de productividad y competitividad, a través de una serie de lineamientos estratégicos que permitan crear ventajas competitivas. Ello implica que las ciudades, las aseguradoras, y los centros hospitalarios deben especializarse en áreas que generan valor agregado o de alta complejidad. De esta manera, se concibe la oportunidad de generar desarrollo económico que impacte los mercados internacionales y a su vez se convierta en una alternativa de desarrollo de los sistemas de salud locales.

9.4 Identificación de los Aspectos Estratégicos de los Potenciales Clústeres de EPS e IPS en Colombia

Existe una serie de razones estratégicas y operativas que pueden beneficiar a las organizaciones que justifican su permanencia y crecimiento en un mercado junto a sus competidores.

La estrategia competitiva del sector salud con base en la creación de clústeres regionales obedece a las posibilidades de exportación de servicios de salud fortalecidos por la calidad médica, la infraestructura hospitalaria adecuada, los desarrollos investigativos, y el vanguardismo en temas de trasplantes en el ámbito nacional; aspectos que no solo se conciben como una oportunidad de generar divisas internacionalmente, sino como alternativas de desarrollo de los sistemas de salud locales (Marulanda, s.f.).

En general, el sector de la salud en Colombia lidera una estrategia de competitividad en los tratamientos médicos dirigida hacia pacientes internacionales, con el fin de aumentar la competitividad en las empresas y ampliar el mercado aprovechando factores como la proximidad a EE.UU., los bajos costos, los estándares de acreditación nacional e internacional de clínicas y hospitales, el incremento en la oferta de tratamientos, y el mejoramiento en la atención a través de la humanización y la seguridad del paciente. Otros

factores estratégicos para que las EPS e IPS en Colombia se organicen en torno al desarrollo de los potenciales clústeres consiste en: mejorar el desempeño en niveles de atención de alta complejidad; fortalecer la inversión en investigación y desarrollo y capacitar el recurso humano; además, del prestigio y reputación en factores como centros médicos de excelencia acreditados en calidad, servicios especializados, infraestructura física, y alianzas con universidades de alto nivel (Bustos, s.f.).

En Medellín, entre las razones estratégicas para conformar clústeres se encuentran sus aportes al desarrollo económico, puesto que los servicios sociales y de salud representan un 6% del PIB departamental de Antioquia. En el área de las exportaciones según la Cámara de Comercio, el sector tiende a un crecimiento al enviar suministros y aparatos e instrumentos médicos al extranjero. Algunas investigaciones económicas de la Cámara de Comercio señalan que los conglomerados empresariales se conforman de pequeñas, medianas, y grandes empresas que apuntan al fortalecimiento empresarial y al surgimiento de nuevas organizaciones empresariales. De ahí la importancia que las EPS e IPS se organicen en torno a la formación del clúster de salud, puesto que entre otras ventajas, permite la concentración de instituciones complementarias en actividades de la medicina como la educación e investigación, producción y comercialización de insumos hospitalarios, dispositivos, tecnología biomédica, telemedicina, distribución de medicamentos, y desarrollo de software científico y conocimiento (Marulanda, s.f.).

Según la agenda interna del sector salud, dada su visión de lograr altos estándares de calidad, investigación, y desarrollo que faciliten la competitividad, se han propuesto siete estrategias que consisten en: (a) estabilidad jurídica y normativa; (b) aumento de la productividad a través de la actualización, desarrollo tecnológico, y capacitación humana; (c) fortalecimiento comercial con políticas de equidad en costos, investigación, y estrategias de marketing; (d) gestión de la información por medio de la construcción de un sistema de

información interinstitucional; (e) gestión de los recursos estatales y privados; (f) diagnósticos y adecuación de factores como la infraestructura, la tecnología, y acreditaciones; y (g) clúster de salud a través de consolidaciones regionales (Marulanda et al., 2009).

La identificación de estos factores permite que las iniciativas de clúster en salud tomen importancia, puesto que se constituyen como una oportunidad de mejorar la competitividad a través de la cooperación empresarial y trabajo en equipo.

9.5 Conclusiones

Al realizar un análisis de la competitividad de las EPS e IPS en Colombia, se obtuvo que el sector salud es un factor relevante en la generación de calidad de vida de las personas y del capital humano puesto que incrementa la productividad. En este sentido, incide sobre la competitividad de un país y su desarrollo económico. Para ello, las EPS e IPS deben ser competitivas.

Al analizar el panorama del sector salud en Colombia, y específicamente de las EPS e IPS, el deterioro del cambio tecnológico, la baja capacidad hospitalaria, el aumento de gastos indirectos en personal contratado no apto, las crecientes deudas de las EPS a las IPS, la falta de transparencia en la gestión de recursos financieros, y la mayor carga de los gastos del sector salud asumida por el Estado y no por los ciudadanos, explican los bajos niveles de competitividad de algunas entidades de la salud. En general, el problema persiste dado que se quiere de un mayor gasto sectorial para fortalecer la infraestructura hospitalaria y el equipamiento médico de las instituciones prestadoras de salud, disminuir los costos administrativos, mejorar los tiempos de hospitalización y servicios médicos, e implementar medidas de control sobre el desempeño de las EPS e IPS.

Por esta razón, es necesario desarrollar la innovación al interior de las organizaciones prestadoras de servicios de salud con el objetivo de formular nuevas estrategias únicas (i.e., ventajas competitivas) que les permita ingresar y posicionarse en el mercado. Actualmente se

identifican como ventajas dentro de la salud, la calidad y prestigio del sector médico, y el reconocimiento de los altos niveles de calidad en diversas áreas de la salud, que han impulsado el turismo de la salud hacia Colombia. Para ello, se ha impulsado la creación de clústeres y negocios que impulsen al sector hacia una productividad de talla mundial y específicamente a las EPS e IPS, hacia mejorar sus niveles de productividad y competitividad, a través de una serie de lineamientos estratégicos, que permitan crear ventajas competitivas; lo que implica que las instituciones de la salud deben especializarse en áreas que generen valor agregado o de alta complejidad. Así, se mejoran los servicios de salud no solo en el ámbito internacional, sino local, incidiendo en el fortalecimiento de los niveles de productividad y por tanto de competitividad.

Existe una serie de razones estratégicas que pueden beneficiar a las organizaciones de la salud a través de la creación de clústeres como ampliar su mercado, disminuir costos, incrementar la oferta de tratamientos, mejorar el desempeño en niveles de atención de alta complejidad, fortalecer la inversión en investigación y desarrollo, y capacitar el recurso humano; aspectos que se constituyen como una oportunidad de mejorar la competitividad a través de la cooperación empresarial y trabajo en equipo; todo ello aprovechando el prestigio de entidades acreditadas de la salud, los servicios especializados, y la infraestructura física, entre otros factores.

Capítulo X: Conclusiones y Recomendaciones

10.1 Plan Estratégico Integral

En esta sección se consolida todo el análisis elaborado; de ahí que se presenta un resumen de las matrices elaboradas y de los aspectos más importantes, por medio del Plan Estratégico Integral (PEI) que se muestra en la Tabla 34. Todo ello con el objetivo de visualizar lo que se debe implementar a través del control estratégico, facilitar los ajustes a realizar en caso de que sean necesarios y brindar un panorama holístico del proceso (D'Alessio, 2015). En el planeamiento integral se contemplan las partes más importantes del proceso estratégico como la visión, la misión, los objetivos, y las estrategias que llevarán a la organización hacia la situación futura deseada. Además, se enuncian los valores y el código de ética, puesto que por medio de estos se permite el crecimiento sostenible de las entidades de la salud. Se han definido una serie de intereses organizacionales localizados en la parte superior izquierda.

En el lado superior derecho se encuentran los principios cardinales que son la base para que interactúen los principales jugadores de las EPS e IPS. Para ello se han definido las políticas, puesto que son las reglas de juego que han de ser cumplidas e impulsan el actuar de la organización. Para evaluar el cumplimiento de los objetivos a corto plazo y verificar que el proceso se esté realizando, se deben asignar los recursos necesarios y evaluar su impacto a través del Tablero de Control Balanceado; siempre bajo cuatro perspectivas: (a) financiera, (b) clientes, (c) procesos internos, y (d) aprendizaje interno. Finalmente, es necesario que la estructura organizacional de las EPS e IPS se adecue de acuerdo con el plan estratégico trazado, con el fin de que las acciones consignadas en los planes operacionales sean las adecuadas y pertinentes, y que la implementación del plan logre dotar de competitividad a las organizaciones de la salud.

Tabla 34

Plan Estratégico Integral para las EPS e IPS en Colombia



10.2 Conclusiones Finales

1. Las principales oportunidades para las EPS e IPS están relacionadas con la demanda insatisfecha por la cobertura y calidad de los servicios de salud, la mayor demanda ocasionada por los cambios demográficos, y el mejoramiento en el nivel de servicios ofrecidos por estas entidades; esta última oportunidad aprovechando el prestigio de dichas entidades, que ha desencadenado en el crecimiento del mercado de turismo de salud. Por su parte, las principales amenazas para las EPS e IPS están relacionadas con la falta de infraestructura física y tecnológica para la prestación de servicios, la deficiente promoción y prevención de enfermedades por parte de estas entidades, y la escasez de recursos humanos por la ausencia de capacitación permanente y la baja participación de ciencia e innovación dentro del sector salud. Súmese a ello, la existencia de entidades de la salud que solo buscan precios bajos y afectan la calidad en los servicios, y en general, la utilización de prácticas de competencia desleal entre EPS e IPS.
2. Las fortalezas más destacadas de las EPS e IPS son: (a) recursos humanos calificados en los niveles operativos, técnicos, y profesionales; b) calidad en la prestación de servicio de salud; (c) accesibilidad en términos de atención y cobertura de las EPS; (d) inversión en tecnología, investigación, y desarrollo para la prestación de servicios; (e) prestigio de los agentes prestadores de servicios y del personal médico; (f) aumento de la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria; y (g) infraestructura física adecuada en las EPS e IPS. Por su parte, las principales debilidades son: (a) ausencia de un plan estratégico que vincule a las entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios de salud (b) bajo poder de negociación entre las EPS e IPS, (c) manejo inadecuado de las finanzas, (d) alta debilidad en los sistemas de información, (e) concentración de las EPS e IPS solamente en sectores estratégicos, (f) desarticulación de la información entre las entidades de la salud, y (g) competencia en precios y no en calidad. La identificación de estos factores de éxito es importante para

contrarrestar las debilidades por medio de las oportunidades del entorno y trabajar en el posicionamiento de las fortalezas.

3. Las entidades promotoras e instituciones prestadoras de la salud quieren ser competitivas, deben apoyarse con instituciones de alto prestigio de países referentes y con objetivos comunes como Brasil y Chile, e incluso en las organizaciones colombianas de la salud con sistemas de acreditación internacionales. De igual manera, modelos de salud destacados como el de Singapur, son referentes para afianzar una prestación de servicios de salud con calidad. Así, estos referentes permiten compartir conocimientos y formular estrategias que incidan en el nivel de competitividad de las instituciones de la salud en Colombia.
4. Las estrategias retenidas que permitirán lograr la visión y cumplir con los objetivos a largo plazo son: (a) aumentar la oferta de servicios y atención en diversas especialidades en la oferta hospitalaria, con el fin de cubrir la demanda insatisfecha y mejorar el nivel de servicios; (b) ejecutar programas de capacitación y formación del recurso humano necesario; (c) ejecutar programas de promoción y prevención de salud que incidan en el mejoramiento de la calidad de vida de la población; (d) adquirir infraestructura física para la prestación de servicios de salud; (e) aumentar la inversión en infraestructura tecnológica, e investigación y desarrollo para la prestación de servicios; (f) alianzas estratégicas con instituciones educativas para aumentar los profesionales calificados en las IPS y EPS; (g) alianzas estratégicas con el Gobierno con el fin de dotar de infraestructura física y tecnológica a las instalaciones; y (h) penetrar en los mercados con aumento de la infraestructura descentralizada, para hacer frente a la concentración geográfica.
5. Para garantizar el acceso a la salud, el Estado colombiano ha implementado un sistema de salud mixto, el cual se rige por la Ley 100 de 1993 y normativas posteriores. Allí, se establece la existencia de diversas entidades de la salud de carácter público y privado, y

el rol regulador del Estado. De manera que ambos sectores están encargados de garantizar el conjunto de servicios de salud a la población con la afiliación y articulación al sistema de salud por parte de las EPS a través de los regímenes subsidiado y contributivo, y de la prestación directa de los servicios de salud por medio de las IPS (i.e., hospitales, consultorios, laboratorios, clínicas, y profesionales que individual o colectivamente ofrecen sus servicios). En general, las formas de financiamiento más representativas son las cotizaciones de empleadores y empleados, y los recursos fiscales nacionales. Sin embargo, para ampliar el acceso en la cobertura se requiere aumentar el gasto sectorial, puesto que el actual sistema de salud presenta diversos retos.

6. La cobertura en el acceso al sistema de salud es incompleta, pese a los grandes avances en cobertura por encima del 90%. Al respecto, se puede mencionar que la cobertura en el acceso no hace referencia únicamente a la afiliación y a la posterior prestación básica de los servicios de salud, puesto que aun cuando las IPS tienen como función mínima cubrir el Plan Obligatorio de Salud (POS) conformado por servicios de atención inicial de urgencias, atención al recién nacido, y consulta médica general y odontológica, para garantizar la competitividad de las instituciones prestadoras de servicios de salud, estas deben ofrecer planes complementarios de salud. Actualmente, con previa referencia por parte del médico general, se incluyen otros servicios de salud. Pese a estos avances, se requiere que los actuales servicios de salud y los complementarios, sean satisfechos bajo principios de calidad y eficiencia. En consecuencia, tener una cobertura total implica que las EPS e IPS deben desarrollar acciones de promoción y prevención de enfermedades, gestionar recursos para la universalidad, implementar y evaluar tecnologías de salud, y ofrecer una serie de programas que conduzcan a la prestación de un servicio integral de salud.
7. La disponibilidad de establecimientos de la salud para atender la demanda creciente no es suficiente. Además, tanto las IPS como las EPS presentan falencias en materia de

concentración, puesto que se ubican en los departamentos más grandes y con mayor desarrollo; esto equivale a suponer que existen áreas geográficas donde la presencia de estas instituciones es mínima. Esta situación constituye una seria amenaza, puesto que se requiere de mayor infraestructura en regiones aisladas e incluso en las principales ciudades del país para garantizar la prestación de servicios de salud.

8. En el sistema de salud colombiano, en general, la competencia entre EPS no se produce a través de precios, sino mediante la calidad de los servicios médicos que los pacientes reciben, puesto que estos tienden a seleccionar los servicios de salud, considerando algunos factores como instalaciones, idoneidad de los profesionales, y tiempos de atención y de espera, entre otros. La mayor variación en los precios se da por la especialización en el tratamiento de algunas enfermedades particulares y por la alta capacidad tecnológica, especialmente de algunas IPS privadas.
9. En los últimos años, la inversión en la red pública hospitalaria en infraestructura física y equipos biomédicos no ha registrado una participación significativa en el total del gasto en salud. Se considera que en diferentes grados, la infraestructura pública en salud y el equipamiento biomédico son insuficientes, obsoletos, e inadecuados para la prestación de los servicios. En consecuencia, se evidencia la discrepancia entre el sector público y el sector privado, especialmente dado que las clínicas privadas e instituciones de la salud en las principales ciudades del país cuentan con equipos biomédicos de alta tecnología. La situación es diferente en las IPS de los municipios más remotos del país, y evidentemente mayor considerando los niveles de complejidad en la prestación de servicios de salud.
10. Las EPS e IPS deben establecer indicadores unificados de gestión y de calidad que permitan mejorar su desempeño y la percepción de los usuarios, a través de indicadores como: (a) accesibilidad y movilidad; (b) seguridad y dignidad del paciente; (c) capital humano en salud; (d) capacidad económica e infraestructura física y tecnológica de la red

hospitalaria pública y de las entidades privadas; (e) gestión del conocimiento; (f) eficiencia médica, en términos financieros y en mecanismos de gestión de la calidad; (g) prestigio, y (h) promoción y prevención en salud. Estos indicadores incidirán en el mejoramiento del desempeño de las entidades de la salud y por ende repercutirán en el mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios. En el caso de las IPS, esta situación es alarmante puesto que a 2015 solo 32 IPS se encontraban certificadas.

10.3 Recomendaciones Finales

1. Para poder implementar este plan en términos de acceso y calidad de los servicios de salud, se debe aumentar la infraestructura física de las redes hospitalarias públicas y de las clínicas privadas. Ello se debe hacer considerando la marcada concentración geográfica y la ausencia de hospitales con niveles de atención de alta complejidad. A su vez, mejorar el acceso en calidad implica dotarse de elementos biomédicos de alta tecnología y de ofrecer planes complementarios de salud que incidan en el bienestar de la población.
2. Mejorar los indicadores de las EPS e IPS como acceso, seguridad, y dignidad del paciente, recursos humanos, solvencia financiera, infraestructura física, avances tecnológicos, investigación y desarrollo, eficiencia médica, entre otros indicadores de calidad. Ello con el objetivo de mejorar los servicios de salud prestados en el país y con ello afianzar el turismo de salud en el ámbito internacional.
3. Implementar el Plan Estratégico Integral; para ello se requiere de la concertación, coordinación, y trabajo en equipo entre los diferentes actores del sistema nacional de salud (i.e., Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud, proveedores, EPS e IPS de carácter público y privado, y usuarios).
4. Asignar mayores recursos hacia el sector salud, para solventar las necesidades y ampliar los planes de salud. De igual manera, se requiere que las EPS e IPS subsanen sus problemas financieros y que exista mayor control por parte de los organismos reguladores del sistema de salud. Existe un reto aun mayor y es la consecución de nuevas fuentes de

recursos que enfrenten las presiones de gasto, generadas por la creciente demanda por nuevas tecnologías en salud, la transición demográfica, y las leyes estatutarias.

5. Capacitar y exigir competencias laborales al personal de la salud en materia de gestión e implementación de procesos de salud que incidan en un servicio óptimo hacia los pacientes, aprovechando la oferta disponible de profesionales de la salud del país.
6. Contar con valores éticos como respeto, responsabilidad, y transparencia por parte de los actores del sistema de salud, para una implementación exitosa del PEI. Además, deben preocuparse por regirse con valores tales como satisfacer la calidad de los servicios, lograr la eficiencia en el uso de los recursos, fomentar la equidad en el acceso a la salud, y el mejoramiento continuo. Ello es, integrar conceptos éticos y morales en las acciones diarias, contemplando las dimensiones legales, los reglamentos operacionales del sistema de salud, la responsabilidad social, y las normas morales como rechazar las prácticas de corrupción y burocracia al interior de los organismos de salud.
7. Ejecutar la etapa de evaluación y control durante la implementación del PEI; así se pueden cerrar las brechas entre lo planeado y lo ejecutado, para lo cual el Tablero de Control Balanceado es pertinente, puesto que evalúa si se están alcanzando los objetivos a corto y largo plazo, y asegura la adaptación efectiva del PEI.
8. Se sugiere que las EPS e IPS en Colombia se apoyen en instituciones nacionales e internacionales de alto prestigio que se han convertido en referentes mundiales debido a la implementación exitosa de prácticas de gestión de calidad y en general, de los procesos de salud.

10.4 Futuro de las EPS e IPS en Colombia

A 2026, las EPS e IPS en Colombia habrán fortalecido su sistema de salud por medio de la implementación exitosa del plan propuesto. Ello se llevará a cabo por medio del trabajo conjunto entre el Estado, el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, las EPS e IPS privadas y públicas, y los usuarios. Así, las EPS e IPS serán altamente

competitivas en la prestación de servicios de salud, al integrar dimensiones como cobertura total, calidad oportuna en los servicios prestados, equidad en el acceso, eficiencia en el uso de los recursos, promoción y prevención en salud, seguridad y dignidad del paciente, recursos humanos calificados, solvencia financiera, mayor infraestructura física y presencia de elementos tecnológicos para la prestación de servicios, gestión del conocimiento, y mejoramiento continuo. Todos estos factores incidirán en un servicio integral que goce de un buen prestigio en el ámbito nacional y un referente destacado en el ámbito internacional.

En consecuencia, las IPS gozarán de sistemas de acreditación de calidad en salud por su alto desempeño y 25 IPS se ubicarán dentro del ranking de las mejores clínicas y hospitales de Latinoamérica.

Para alcanzar el cumplimiento de la visión de las EPS e IPS, se han definido los objetivos y formulado las estrategias necesarias a través de este plan estratégico. En ese sentido, los actores del sistema de salud deben trabajar mancomunadamente, especialmente las EPS e IPS para consagrarse como instituciones altamente competitivas y al Estado le corresponde cumplir con el rol regulador y asignar los recursos necesarios para propiciar estabilidad macroeconómica. Finalmente, las EPS e IPS conseguirán cumplir con la visión y los objetivos formulados en este plan, basados en principios de responsabilidad social, éticos, y legales.

Referencias

- Acevedo, W. D. (2010). La competitividad en el sector salud colombiano desde una mirada estatal. *Gestión & Desarrollo*, 7(1), 37-53.
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional [USAID], Centro de Proyectos para el Desarrollo [CENDEX], & Procuraduría General de la Nación. (2012). *Financiamiento del sistema general de seguridad social en salud: Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas*. Bogotá, Colombia: ECOE.
- Agudelo, C. A., Cardona, J., Ortega, J., & Robledo, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2817-2828. doi: 10.1590/S1413-81232011000600020
- Agudelo, C. A., De la Hoz, F., Mojica, M. J., Eslava, J. C., Robledo, R., Cifuentes, P., & Alvis, N. (2009). Prioridades de investigación en salud en Colombia: Perspectiva de los investigadores. *Salud Pública*, 11(2), 301-309.
- América Economía. (2015, 30 de octubre). Mejores clínicas y hospitales de América Latina 2015. *Consultor Salud*. Recuperado de <http://www.consultorsalud.com/mejores-clinicas-y-hospitales-de-america-latina-2015>
- América Economía. (2016). *Ranking clínicas y hospitales 2016*. Recuperado de <http://rankings.americaeconomia.com/2016/clinicas/ranking>
- Andía, T., & González J. M. (2012). La arquitectura institucional del sistema de salud colombiano: Una mirada a la Ley 100 y normas posteriores. En O. Bernal, & Gutiérrez, C. (Eds.), *La salud en Colombia: Logros, retos y recomendaciones* (pp. 209-258). Bogotá, Colombia: Uniandes.
- Arias, R. (s.f.). El proceso de paz: Los retos para la sociedad colombiana. *Latitudes*. Recuperado de <https://sextante.uniandes.edu.co/index.php/ejemplares/sextante-5/latitudes/el-proceso-de-paz>

Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral [ACEMI]. (s.f.). *Organización*.

Recuperado de <http://www.acemi.org.co/index.php/inicio-acemi/acerca-de-acemi/organizacion>

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas [ACHC]. (s.f.-a). *Marco normativo*.

Recuperado de

http://www.achc.org.co/documentos/libertadEscogencia/marco_normativo.pdf

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas [ACHC]. (s.f.-b). *¿Quiénes somos?*

Recuperado de <http://www.achc.org.co/contenidos.php?idcat=10>

Avella, L. Y., & Parra, P. P. (2013). *Tecnologías de la información y la comunicación*

(TICS) en el sector salud (Tesis de grado, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia).

Ávila, R. A., & Jaramillo, C. A. (2015). Competitividad y política sectorial en Colombia: Un análisis para discusión. *Perspectivas*, 2015(1).

Ayala, J. (2014). La salud en Colombia: Más cobertura pero menos acceso. *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional*, 2014(204).

Baena, E., Sánchez, J. J., & Montoya, O. (2003). El entorno empresarial y la teoría de las cinco fuerzas competitivas. *Scientia Et Technica*, 9(23), 61-66.

Banco de la República. (s.f.-a). *Límites*. Recuperado de

<http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/politica/limites>

Banco de la República. (s.f.-b). *Organización del Estado colombiano*. Recuperado de

http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/politica/organizacion_de_l_estado_colombiano

Bardey, D. (2013, diciembre). Competencia en el sector de la salud: Énfasis en el caso colombiano. *Coyuntura Económica: Investigación Económica y Social*, 43(2), 17-52.

- Barrera, S. (2014). *La alta gerencia en el sector salud* (Proyecto de grado, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia).
- Becerril, V., Medina, G., & Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública de México*, 53, 120-131.
- Becerril, V., Reyes, J. D., & Annick, M. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53, 132-143.
- Beltrán, A. R. (2012). El mercadeo de servicio en las instituciones de salud un enfoque desde la gestión de organizaciones. *Cuadernos Latinoamericanos de Administración*, 8(14), 45-56.
- Bermúdez, E., Santamaría, C., Niño, E., Quintero, J. J., Malaver, N., & Rivera, H. A. (2011). *Turbulencia empresarial: Sector EPS en Colombia (Documento de investigación No 110)*. Bogotá, Colombia: Universidad del Rosario.
- Bernal, O., & Forero, J. C. (2011). Sistemas de información en el sector salud en Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 10(21), 85-100.
- Bernal, O., Forero, J. C., Hernández, L. J., & León, L. J. (2012). Sistemas de información en el sector salud en Colombia. En O. Bernal, & Gutiérrez, C. (Eds.), *La salud en Colombia: Logros, retos y recomendaciones* (pp. 475-506). Bogotá, Colombia: Uniandes.
- Bonet, J., & Guzmán, K. (2015). *Un análisis regional de la salud en Colombia (Documentos de trabajo sobre economía regional No 222)*. Bogotá, Colombia: Banco de la República de Colombia.
- Buitrago, M. (2008). *Teoría de la estrategia y la competitividad: Estado del arte desde la perspectiva de Michael E. Porter y su aplicación en Colombia* (Tesis de grado, Universidad de La Salle, Bogotá, Colombia).

- Bustos, M. A. (s.f.). *Las iniciativas clúster como herramientas para el desarrollo del sector salud en Colombia*. Recuperado de <http://redclustercolombia.com/assets/multimedia/Miguel-Angel-Bustos---Bmanga.pdf>
- Cárdenas, M. (2013). *Presupuesto general de la nación 2014*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
- Castaño, C., & Pérez, L. P. (2015). Análisis comparativo de modelos de gestión de tecnología biomédica. *Revista Ingeniería Biomédica*, 9(18), 41-49.
- Cisneros, F. (2003). *Sistema de seguridad social integral en Colombia*. Popayán, Colombia: Universidad del Cauca.
- Competitividad y generación de valor sector salud de Colombia (2002-2013). (s.f.). Recuperado de http://faceauv.cl/cladea2015/images/stories/track9/CLADEA_2015_submission_96_2_.pdf
- Congreso Visible. (s.f.). *Ramas del poder público*. Recuperado de <http://www.congresovisible.org/democracia/ramaspoderpublico/>
- Correa, D. R. (2014). *Informe final de investigación: Propuesta de mejoramiento del procesos de atención al usuario de la entidad cooperativa solidaria de salud ECOOPSOS* (Tesis de grado, Universidad EAN, Bogotá, Colombia).
- Cortés, J. C. (2014). *Diseño de la aplicación de la Norma ISO 26000:2010 (responsabilidad social), en los principios de direccionamiento estratégico en la Fundación Hospital San Carlos* (Tesis de maestría, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia).
- Cuadros, M., & Duarte, G. M. (2004). *Estrategias competitivas de negocios para QUASFAR M&F S.A., para la prestación de servicios de control de calidad a laboratorios productores de medicamentos* (Tesis de grado, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia).

- Cubillos, L. (2006). *Evaluación de tecnologías en salud: Aplicaciones y recomendaciones en el sistema de seguridad social en salud colombiano*. Bogotá, Colombia: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud.
- D'Alessio, F. A. (2015). *El proceso estratégico: Un enfoque de gerencia* (3a ed.). Lima, Perú: Pearson.
- De Colombia para el mundo. (2012, 11 de enero). *Semana*. Recuperado de <http://www.semana.com/especiales/patrimonios-colombia-humanidad/>
- Decreto 2309. Sistema obligatorio de garantía de calidad. Presidencia de la República de Colombia. (2002).
- Decreto 3039. Por el cual se adopta el *Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*. Presidencia de la República de Colombia. (2007).
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2014a). *Cuentas nacionales*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2014b). *Gran encuesta integrada de hogares 2014*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2016a). *Demografía y población: Proyecciones de población*. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2016b). *Producto interno bruto -PIB- II trimestre 2016* [Noticias]. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/52-espanol/noticias/noticias/3841-producto-interno-bruto-pib-ii-trimestre-2016>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2016c). *Estadísticas vitales: Cifras preliminares 2014p - 2015p (Boletín técnico)*. Bogotá, Colombia: Autor.

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2016d). *Investigaciones actualizadas: Índices de precios al consumidor (IPC)* [Indicadores coyunturales]. Bogotá, Colombia: Autor.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2016e). *Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2015 (Boletín técnico)*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (2014). *Reporte global de competitividad 2014-2015: Foro Económico Mundial: Síntesis de resultados para Colombia*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (2015a). *Bases del plan nacional de desarrollo 2014-2018: Todos por un nuevo país*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Departamento Nacional de Planeación [DNP]. (2015b). *Plan nacional de desarrollo 2014-2018: Todos por un nuevo país (Tomo I)*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Durante junio, la tasa de desempleo se ubicó en 8,9 por ciento. (2016, 29 de julio). *Portafolio*. Recuperado de <http://www.portafolio.co/economia/empleo/dane-tasa-de-desempleo-en-colombia-junio-2016-499187>
- Ejército Nacional. (2014). *Plan estratégico 2015-2018*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Escobar, F. J. (2016). *Intereses nacionales convergentes en una apuesta colectiva: La Alianza del Pacífico*. Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12288/1020791675%20-%202016.pdf?sequence=4>
- Fernández, G. (2010). Relaciones internacionales: El futuro de la política exterior de Colombia en el contexto de las tendencias regionales, hemisféricas y globales. En R. Steiner, & Traverso, V. (Eds.), *Colombia 2010-2014: Propuestas de política pública* (pp. 421-468). Bogotá, Colombia: FEDESARROLLO.

- Florez, J. H., Atehortúa, S. C., & Arenas, A. C. (2009). Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso. *Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 107-131.
- Fontalvo, T. J. (2012). Evaluación de la productividad de las entidades prestadoras de servicios de salud (EPS) del régimen subsidiado en Colombia, por medio del análisis discriminante. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 60-78.
- Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo [FEDESARROLLO]. (2012). *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano: Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo [FEDESARROLLO]. (2013). *20 años de políticas de competitividad en Colombia*. Bogotá, Colombia: Autor.
- FutureBrand. (2015). *Country brand report América Latina 2015/16* [Reporte de país marca de América Latina 2015/26]. Bogotá, Colombia: Autor.
- Giacometti, L. F. (2013). Innovación tecnológica y desarrollo de ventaja competitiva en la atención a la salud: Enfoque conceptual y metodológico. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 12(25), 66-82.
- Giedion, U., Villar, M., & Ávila, A. (2010). *Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado*. Madrid, España: Fundación Mapfre.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53(2), 144-155.
- Gutiérrez, C., Acosta, O. L., & Alfonso, E. A. (2012). Financiación de la seguridad social en salud: Fuentes de recursos y su administración: Problemas y alternativas. En O. Bernal, & Gutiérrez, C. (Eds.), *La salud en Colombia: Logros, retos y recomendaciones* (pp. 81-182). Bogotá, Colombia: Uniandes.
- Guzmán, K. (2014). *Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia* (*Documentos de trabajo sobre economía regional No 202*). Bogotá, Colombia: Banco de la República de Colombia.

- Hartmann, F. H. (1978). *The relations of nations* (5th ed.) [Las relaciones de las naciones]. Nueva York, NY: Macmillan.
- Haseltine, W. A. (2015). *Salud, excelencia y sostenibilidad*. Madrid, España: LidEditorial.
- Hernández, S. A. (2014). *¿Es Colombia competitiva y atractiva en comercio de servicios de salud?* [Ensayo]. Bogotá, Colombia: Universidad Militar Nueva Granada.
- Hernández, R. L. (2016, 13 de abril). En 15 años, el conflicto le ha costado al país más de \$330 billones. *El Heraldo*. Recuperado de <http://www.elheraldo.co/economia/en-15-anos-el-conflicto-le-ha-costado-al-pais-mas-de-330-billones-254093>
- Hincapié, Y. C. (2016). *Importancia de la responsabilidad social en el sector salud* (Tesis de maestría, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia).
- Ibáñez, A. M., & Jaramillo, C. (2006). Oportunidades de desarrollo económico en el posconflicto: Propuesta de política. *Coyuntura Económica*, 36(2), 93-127.
- Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología [COLCIENCIAS] & Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [CNCyT]. (2008). *Colombia construye y siembra futuro: Política nacional de fomento a la investigación y la innovación*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Instituto Nacional de la Salud [INS]. (2016). *Objeto y funciones*. Recuperado de <http://www.ins.gov.co/conocenos/Paginas/objeto-funciones.aspx>
- Jaramillo, M. C., & Chernichovsky, D. (2015). Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: Una propuesta de revisión basada en el modelo israelí. *Estudios Gerenciales*, 31(134), 30-40.
- Jiménez, N. C. (2013). *Análisis del sistema de salud colombiano desde la perspectiva de la nueva gerencia pública* (Tesis de grado, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Bogotá, Colombia).

- Latorre, M. L., & Barbosa, S. D. (2012). Avances y retrocesos en la salud de los colombianos en las últimas décadas. En O. Bernal, & Gutiérrez, C. (Eds.), *La salud en Colombia: Logros, retos y recomendaciones* (pp. 11-66). Bogotá, Colombia: Uniandes.
- Ley 100. Sistema de Seguridad Social Integral. Congreso de la República de Colombia. (1993).
- Ley 1164. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Congreso de Colombia. (2007).
- Marie, F., Arreola, H., & Escandón, P. (2007). La competitividad, la salud y el sector salud: Una nueva vertiente del paradigma de economía y salud. *Gaceta Médica Mexicana*, 143(2), 93-100.
- Marulanda, J. A. (s.f.). *El clúster de la salud: Un proyecto para la transformación de Medellín*. Recuperado de <http://www.ceipa.edu.co/lupa/index.php/lupa/article/view/108/210>
- Marulanda, J. A., Correa, G., & Mejía, L. F. (2009). El clúster de salud en Medellín, ventaja competitiva alternativa para la ciudad. *Revista EAN*, 2009(67), 37-58.
- Melo, V., Rodríguez, C. A., Feo, J. V., Chaustre, A., & Pulido, O. (2005). *Nuevas identidades 5: Sociales*. Bogotá, Colombia: Norma.
- Ministerio de Comercio, Industria, y Turismo [MINCIT]. (s.f.). *Integración económica regional*. Recuperado de <http://www.tlc.gov.co/publicaciones.php?id=11770>
- Ministerio de Defensa. (2016). *Plan estratégico del sector defensa y seguridad: Guía de planeamiento estratégico 2016-2018*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público [MINHACIENDA]. (2014). *Presupuesto de 2015 por \$216,2 billones tendrá prioridad en lo social: MinHacienda (Comunicado No 67)*. Bogotá, Colombia: Autor.

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.-a). *Proyecto evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos y privados encargados de adelantar las funciones de vigilancia y control del sistema de salud (Informe final)*. Bogotá, Colombia: Autor.

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.-b). *Los recursos humanos de la salud en Colombia: Balance, competencias y prospectiva*. Bogotá, Colombia: Autor.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2000a). *Re-crear la prestación de servicios de salud en las empresas sociales del estado en el sistema de seguridad social en salud (Guías de capacitación y consulta)*. Bogotá, Colombia: Autor.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2000b). *Informe final: Fase diagnóstica*. Bogotá, Colombia: Autor.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2005). *Política nacional de prestación de servicios de salud*. Bogotá, Colombia: Autor.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2004). *Sistema de seguridad social en salud (Régimen contributivo)*. Bogotá, Colombia: Autor.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). *Unidad de pago por capitación del régimen subsidiado*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC_S.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Situación actual de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado en Colombia (Primer informe)*. Bogotá, Colombia: Autor.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Sistema único de información en salud, al servicio del país (Boletín de Prensa No 389)*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Sistema-unico-de-Informaci%C3%B3n-en-Salud-al-servicio-del-pa%C3%ADs.aspx>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan decenal de salud pública PDSP, 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Informe de actividades 2010 – 2014 y 2013-2014*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014b). *Análisis de situación de salud: Colombia*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). *Informe al Congreso de la República 2014-2015: Sector Administrativo de Salud y Protección Social*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015b). *Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015c). *Ordenamiento por desempeño EPS 2015*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). *Planeación estratégica*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). *ABECÉ sobre anticoncepción*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016c). *Sistema integral de información de la protección social (SISPRO): Indicadores EPS* [Software online]. Recuperado de <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Observatorio/ListadodeIndicadores/ListadeIndicadores/Resultados/IndicadoresEPS.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016d). *Sistema integral de información de la protección social (SISPRO): Indicadores IPS* [Software online]. Recuperado de <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Observatorio/IndicadoresR144606/IndicadoresIPS.aspx>

- Ministerio de Salud y Protección Social & Instituto Nacional de Cancerología. (2012). *Plan decenal para el control del cáncer en Colombia, 2012-2021*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Molina, G., & Ramírez, A. (2013). Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: Entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007–2009. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(4), 287-293.
- Muñoz, J. & Calderón, G. (2008). Gerencia y competencias distintivas dinámicas en instituciones prestadoras de servicios de salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 7(15), 131-154.
- Nuechterlein, D. (1973). *United States: National interests in a changing world* [Estado Unidos: Intereses nacionales en un mundo cambiante]. Louisville, KY: Kentucky University Press.
- Nueva EPS. (2016). *Valores de unidad de pago por capitación (UPC) adicional 2016*. Recuperado de <http://www.nuevaeps.com.co/Normatividad/ValoresUPC.aspx>
- Núñez, J., & Zapata, J. G. (2012). *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano: Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro*. Bogotá, Colombia: Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2009). *Perfil de los sistemas de salud de Colombia: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Orozco A. J. (2014). *Una aproximación a la eficiencia y productividad de los hospitales públicos colombianos (Documento de trabajo sobre economía regional No 201)*. Cartagena, Colombia: Banco de la República.
- Orozco, A. J. (2015). *Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos (Documento de trabajo sobre economía regional No 220)*. Cartagena, Colombia: Banco de la República.

- Páez, G. N., Jaramillo, L. F., Franco, C., & Arregoces, L. (2014). *Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Pedreros, K. (2014). *Problemática de la salud en Colombia*. Cucutá, Colombia: Escuela Normal Superior María Auxiliadora.
- Pérez, G. J. (2015). *Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia (Documento de trabajo sobre economía regional No 218)*. Cartagena, Colombia: Banco de la República.
- Perfetti, J. J. (2010). *Ciencia, tecnología e innovación (CT+I)*. Recuperado de <https://www.caf.com/media/3785/CienciaTecnologiaInnovacion.pdf>
- Porter, M. E. (1990). *The competitive advantage of nations* [La ventaja competitiva de las naciones]. New York, NY: Free Press.
- Porter, M. E. (1997). *Estrategia competitiva*. México D.F., México: Continental.
- Programa de Apoyo a la Reforma de Salud [PARS]. (2000). *Funcionamiento de las ARS*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Programa de Apoyo a la Reforma de Salud [PARS]. (2005). *Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud (Informe final)*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Programa de Apoyo a la Reforma de Salud [PARS]. (2007). *Oferta y demanda de recursos humanos en salud en Colombia*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Ramírez, O., Reza, R. E., Romero, M. F., & Torres, S. D. (2013). *Planeamiento estratégico de la región Cajamarca* (Tesis de maestría, CENTRUM Católica, Lima, Perú).
- Red Colombiana de Investigación en Políticas Públicas y Sistemas de Salud [RCIPPSS]. (2005). *Lineamientos de política nacional para la gestión del conocimiento en salud pública*. Bogotá, Colombia: Autor.

- Resolución 2320. Por medio de la cual se establece el mecanismo de reporte de la información por parte de las entidades promotoras de salud relacionada con los montos a girar a las instituciones prestadoras de servicios de salud y se dictan otras disposiciones. Ministerio de la Protección Social. (2011).
- Restrepo, J. H., Lopera, J. F., & Rodríguez, S. M. (2007). La integración vertical en el sistema de salud colombiano. *Revista de Economía Institucional*, 9(17), 279-308.
- Restrepo, M. L., Rosker, E., & Echeverri, L. M. (2008). *El país como una marca: Estudio de caso: Colombia es pasión*. Bogotá, Colombia: Colegio de Estudios Superiores de Administración.
- Rivas, A. (2005). Una década de políticas de seguridad ciudadana en Colombia. En P. Casas, A. Rivas, P. González, & H. Acero (Eds.), *Seguridad urbana y policía en Colombia* (pp. 81-166). Bogotá, Colombia: Fundación Seguridad y Democracia.
- Rivera, A. F. (2013). Coyuntura del sistema de salud en Colombia: Caracterización de una crisis desde las particularidades financieras de las EPS. *Gestión & Desarrollo*, 10(1), 103-116.
- Rodríguez, G. (s.f.). Colombia, por fuera del mundial 2020 en ciencia y tecnología. *Agencia de Noticias Unimedios*. Recuperado de <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/104/13.html>
- Rowe, A., Mason, R., Dickel, K., Mann, R., & Mockler, M. (1994). *Strategic management: A methodological approach* (4th ed.) [Dirección estratégica: Un enfoque metodológico]. New York, NY: Addison-Wesley.
- Ruiz, F., Amaya, L., Garavito, L., & Ramírez, J. (2008). *Precios y contratos en salud: Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos*. Bogotá, Colombia: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud.

- Saldarriaga, J. (2016, 10 de setiembre). Subempleo objetivo frente al subjetivo. *El Diario del Otún*. Recuperado de <http://www.eldiario.com.co/seccion/OPINION/subempleo-objetivo-frente-al-subjetivo1609.html>
- Sánchez, L. (2016, 18 de enero). Cada año más de 300.000 niños y adolescentes abandonan el colegio. *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/educacion/educacion-en-colombia-aumenta-la-desercion-en-colegios/16483261>
- Santa María, M., García, F., Rozo, S., & Uribe M. J. (2011). Un diagnóstico general del sector salud en Colombia: evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación. En M. Santa María (Ed.), *Efectos de la Ley 100 en salud: Propuestas de reforma* (pp. 1-82). Bogotá, Colombia: La Imprenta Editores.
- Sierra, O. (2004). El Observatorio de Recursos Humanos en Salud de Colombia: Red nacional de producción e intercambio de información y conocimiento para el aprendizaje institucional y la movilización de recursos. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 22(99), 111-128.
- Solo 32 de las 2.500 EPS del país están acreditadas. (2015, 2 de junio). *El Colombiano*. Recuperado de <http://www.elcolombiano.com/colombia/salud/solo-32-de-las-2-500-eps-del-pais-estan-acreditadas-HC2062090>
- Suárez, L. C. (2013). *Efecto de la concentración en el precio de los servicios de salud en Colombia* (Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia).
- Suárez, L. (2016, 5 de diciembre). Hospitales y clínicas de Colombia siguen entre las mejores de América Latina. *Consultor Salud*. Recuperado de <http://www.consultorsalud.com/hospitales-y-clinicas-de-colombia-siguen-entre-las-mejores-de-america-latina>

- Superintendencia de Industria y Comercio [SIC]. (s.f.). *Competencia en el sector de la salud*. Bogotá, Colombia: Autor.
- Torres, C. (s.f.). *Mercadeo de servicios de salud*. Manizales, Colombia: Clínica Santillana.
- Torres, L. (2010). *La consecución del interés nacional de Colombia en su política exterior con los Estados Unidos* (Tesis de grado, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia).
- Torres, V. A., & Chaves, R. A. (2008). *La comunicación en los programas de promoción y prevención de la salud en Bogotá: Secretaría distrital de salud, EPS y medios de comunicación* (Tesis de grado, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia).
- Torrijos, V. (2008). Parámetros colombianos de seguridad y defensa: Evolución y perspectivas. En M. J. Bonett (Ed.), *Seguridades en construcción en América Latina* (Tomo II; pp. 393-436). Bogotá, Colombia: Universidad del Rosario.
- Un total de 171.000 personas dejaron de ser pobres entre 2014 y 2015. (2016, 2 de marzo). *El Tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/economia/sectores/cifra-de-pobreza-y-pobre-extrema-en-colombia-2016/16525815>
- Velasco, N., Barrera, D., & Amaya, C. (2012). Logística hospitalaria: Lecciones y retos para Colombia. En O. Bernal, & Gutiérrez, C. (Eds.), *La salud en Colombia: Logros, retos y recomendaciones* (pp. 309-344). Bogotá, Colombia: Uniandes.