

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que la autora ha autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Bibliotecas Bucaramanga
Universidad Santo Tomás

BALANCED SCORECARD C.D.I

Marta Amparo Uribe Yepes

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Magíster en
Administración**

Director:

MBA. Orlando E. Contreras Pacheco

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Ciencias Económicas Administrativas y Contables

Maestría en Administración

2015

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	12
1. Planteamiento del Problema.....	13
1.1 Definición del Problema	13
1.2 Preguntas de Investigación:	15
1.3 Justificación	15
1.4 Antecedentes	16
1.4.1 Descripción de la empresa:	16
1.4.2 Antecedente de la IPS	17
1.5 Delimitación.....	17
1.6 Efectos Esperados	18
1.7 Objetivo General.....	18
1.7.1 Objetivos Específicos.....	18
2. Marco de Referencia	19
2.1 Marco Teórico.....	19
2.1.1 El Balanced Scorecard en comparación con otros sistemas de gestión y planeación	19
2.2 Marco Conceptual	27
2.2.1 Balanced Scorecard o Cuadro de Mando Integral:.....	27
2.2.2 Perspectiva Financiera:	33
2.2.3 Perspectiva del Cliente:.....	34
2.2.4 Perspectiva del Proceso Interno:	36
2.2.5 Perspectiva de aprendizaje y crecimiento:	38
2.2.6 Barreras para la gestión de un Balanced Scorecard	40
2.2.7 La construcción de un Cuadro de Mando Integral:	41
2.3 Análisis del Entorno Externo E Interno	43
2.3.1 El análisis PEST:.....	43
2.3.2 Análisis de las cinco fuerzas de Porter:.....	45
2.3.3 Perfil De Capacidad Interna (PCI):	54
2.3.4 El análisis DOFA:	54
2.4 Antecedentes del Balanced Scorecard en Instituciones de Salud	58
2.4.1 El Balanced Scorecard y el Hospital Nacional Cayetano Heredia:.....	59
2.4.2 El Balanced Scorecard y el Hospital de la Ceja	59

2.4.3 El Balanced Scorecard y el Instituto Neumológico del Oriente.....	60
2.4.4 El Balanced Scorecard y la Fundación Hospital San José de Buga:	61
2.4.5 El Balanced Scorecard y el CDI S.A	62
3. Tendencias del Cuadro de Mando Integral en Salud.....	64
3.1 Consulta de base de datos	64
3.2 Tendencias del CMI en el sector de la Salud	64
4. Diseño Metodológico	71
4.1 Tipificación la Investigación.....	71
4.2 Técnicas de Recolección de Información	71
4.2.1 Reuniones con personal administrativo:	71
4.2.2 Consulta en bases de datos.....	71
4.3 Diseño de la Investigación	71
4.4 Cronograma.....	74
4.5 Presupuesto	74
5. Resultados	75
5.1 Diagnóstico	75
5.1.1Análisis del Entorno Externo e Interno Del C.D.I:	75
5.1.1.1 Análisis Externo.....	75
5.1.1.2 Análisis Interno	104
6. Análisis del Marco Estratégico.....	127
6.1 Análisis de Misión del C.D.I.....	127
6.2 Análisis de la Visión	128
6.3 Objetivos corporativos y Cuadro de Mando Integral.....	128
7. Mapa Estratégico.....	131
8. Cuadro De Mando Integral del C.D.I.....	132
9. Conclusiones	136
Referencias Bibliográficas	138

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo Malcom Baldrige	22
Figura 2. Modelo Iberoamericano	23
Figura 3. Modelo EFQM	24
Figura 4. Cuadro de Mando Integral	31
Figura 5. Marco estratégico del Balanced Scorecard	32
Figura 6. Perspectiva del Cliente	36
Figura 7. Modelo de cadena genérica de valor	38
Figura 8. Estructura de aprendizaje y crecimiento	39
Figura 9. Las cuatro barreras para la gestión del Balanced Scorecard	41
Figura 10. Factores del análisis PEST	44
Figura 11. Las cinco fuerzas de Porter	47
Figura 12. Esquema de la metodología de investigación	72
Figura 13. Porcentajes de usuarios por EPS	101
Figura 14. Numero de PVVHI por EPS	102
Figura 15. Formación del talento humano del C.D.I	111
Figura 16. Porcentaje de participación en el mercado de cada IPS	119
Figura 17. Mapa estratégico CDI	130

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Estrategia de la unidad de negocio	34
Tabla 2. Cronograma	73
Tabla 3. Presupuesto	73
Tabla 4. Análisis PEST	75
Tabla 5. Número de afiliados a nivel nacional de EPS presentes en Santander	78
Tabla 6. PCI	103
Tabla 7. Equipo de trabajo del C.D.I	110
Tabla 8. Recurso humano del C.D.I	112
Tabla 9. Objetivos de Calidad	115
Tabla 10. Objetivos de calidad e indicadores	116
Tabla 11. DOFA	123
Tabla 12. Cuadro de Mando Integral C.D.I	131

GLOSARIO

ACTIVO: Es un bien tangible o intangible que posee una empresa o persona natural.

ATENCIÓN INTEGRAL: Es la atención en salud que se da mediante la articulación de diferentes profesionales que tienen que ver con el manejo de determinada patología. Para el caso de VIH, la atención integral tiene como objetivos garantizar el acceso a la terapia antirretroviral, realizar seguimiento clínico y de laboratorio de las personas infectadas, garantizar el acceso a la prevención y manejo oportuno de complicaciones y lograr la rehabilitación integral de la persona viviendo con VIH/SIDA.

CAPITAL INTELECTUAL: Es el conocimiento intelectual de esa organización, la información intangible, que posee y que puede producir valor.

CARGA VIRAL: Es la cantidad de partículas virales presentes en la sangre de una persona infectada. Esta cantidad se mide por el número de copias del virus por mililitro de sangre.

CITÓMETRO DE FLUJO: Es un equipo de laboratorio que utiliza la citometría de flujo para el recuento y clasificación de células de acuerdo a sus características de tamaño y complejidad granular. Es un equipo que se utiliza rutinariamente para el seguimiento de la infección por VIH mediante el conteo de linfocitos T CD3, CD4 y CD8.

COMPETITIVIDAD: Se define como la capacidad de generar la mayor satisfacción de los consumidores fijado un precio o la capacidad de poder ofrecer un menor precio fijada una cierta calidad.

CUENTA DE ALTO COSTO (CAC): Es un organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia creado mediante el Decreto 2699 de 2007 que obliga a las EPS de ambos regímenes y demás EOC (Entidades Obligadas a Compensar) a asociarse para abordar el Alto Costo y opera como un Fondo auto gestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo.

DESVIACIÓN: Es la falta de adhesión a lo establecido en un protocolo de un ensayo clínico.

ENFERMEDAD DE ALTO COSTO: Es toda enfermedad diagnosticada como terminal o crónica que requiera para su atención de tratamiento continuo y prolongado, y medicamentos y/o procedimientos especiales. Éstas pueden ser enfermedades cardíacas, renales, cáncer y VIH, entre otras.

EPS: Entidad Promotora de Salud.

FDA: Food and Drug Administration: Agencia de Alimentos y Medicamentos, es la agencia del gobierno de los Estados Unidos responsable de la regulación de alimentos (tanto para personas como para animales), medicamentos (humanos y veterinarios), cosméticos, aparatos médicos (humanos y animales), productos biológicos y derivados sanguíneos.

HEPATITIS: Es una enfermedad inflamatoria que afecta al hígado. Su causa puede ser infecciosa (viral, bacteriana, etc.), inmunitaria (por auto anticuerpos, hepatitis autoinmune) o tóxica (por ejemplo por alcohol, venenos o fármacos).

INCIDENCIA: Es el número de casos nuevos de una enfermedad, un síntoma, muerte o lesión que se presenta durante un período de tiempo específico

INNOVACIÓN: Es el proceso de creación o modificación un producto e introducirlo en el mercado.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA: Se compone de estudios que intentan responder algunas preguntas específicas acerca de nuevos medicamentos modalidades de tratamiento para alguna enfermedad específica. En estos, no solo se evalúan los efectos benéficos sino también la seguridad y los efectos adversos que puedan controlarse y/o evitarse.

INVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, es una entidad gubernamental que ejerce funciones de inspección, vigilancia y control de alimentos, medicamentos y dispositivos médicos

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

MARGEN EBITDA: Es un indicador financiero representado mediante un acrónimo que significa en inglés Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation, and Amortization (beneficio antes de intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones), es decir, el beneficio bruto de explotación calculado antes de la deducibilidad de los gastos financieros.

MARGEN OPERACIONAL: Es un indicador de rentabilidad que se define como la relación entre utilidad operacional sobre las ventas netas, e indica si el negocio es o no lucrativo, independientemente de la forma como ha sido financiado.

MARGEN NETO: Es el margen de beneficio después de los impuestos; esto es, el margen bruto unitario menos los impuestos repercutibles en ese producto.

NO POS: Prestaciones Excepcionales en Salud, están reglamentados por los comités técnico científico (CTC) de cada entidad hospitalaria, que evalúan los conceptos de pertinencia sobre el suministro de medicamentos o la realización de procedimientos no incluidos en el POS.

PASIVOS: Monto de financiamiento provisto por un acreedor y representa lo que la persona o empresa debe a terceros.

PATRIMONIO: Es el conjunto de bienes y derechos, cargas y obligaciones, pertenecientes a una persona, física o jurídica.

POS: Plan Obligatorio de Salud, es el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho un usuario en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, SGSSS, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar y está complementado con el reconocimiento de prestaciones económicas en caso de licencia de maternidad e incapacidad por enfermedad general

PLAN ESTRATÉGICO: Es un documento en el que los responsables de una organización reflejan la estrategia a seguir por la compañía en el medio plazo.

PREVALENCIA: Se define como el número de casos de una enfermedad o evento en una población y en un momento dado.

PRODUCTIVIDAD: Es la relación entre la cantidad de productos obtenida por un sistema productivo y los recursos utilizados para obtener dicha producción.

RAZÓN CORRIENTE: Es un indicador financiero, que determina la capacidad que tiene la empresa para cumplir con sus obligaciones financieras a corto plazo, básicamente es la relación entre el activo corriente y el pasivo corriente.

RENTABILIDAD: Es la capacidad de producir o generar un beneficio adicional sobre la inversión o esfuerzo realizado.

RECuento de Linfocitos: Examen de laboratorio realizado para medir el número de linfocitos T en una muestra de sangre. En las personas con VIH es un marcador importante de la función inmunitaria, y es uno de los factores que ayuda a determinar el momento de inicio de la terapia antirretroviral y a monitorear la respuesta inmune al mismo.

RIPS: El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, es el conjunto de datos mínimos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control para el servicio.

SISTEMA DE GESTIÓN: Es una estructura operacional de trabajo, donde se integra los procedimientos técnicos y gerenciales, para guiar las acciones de la fuerza de trabajo, la

maquinaria o equipos, y la información de la organización de manera práctica y coordinada, con fin de asegurar la satisfacción del cliente y bajos costos.

TASA DE MORTALIDAD: Es la proporción de personas que fallecen respecto al total de la población.

TASA DE MORBILIDAD: Es la proporción de personas que enferman y pueden morir, relacionado exclusivamente con el trabajo en un sitio y tiempo determinado.

TERAPIA ANTIRETROVIRAL: Son medicamentos que tratan el VIH, que en combinación, pueden prevenir la replicación del virus.

TUBERCULOSIS: Es una infección bacteriana contagiosa que compromete principalmente a los pulmones, pero puede afectar otros órganos.

UPC: Unidad de Pago por Capitación, la cual es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud para cubrir los servicios prestados dentro del Plan Obligatorio de Salud en ambos regímenes, contributivo y subsidiado. La Comisión de Regulación en salud CRES es la que define el valor y el acuerdo vigente en este tema es el Acuerdo N° 19 de 2010.

VALOR AGREGADO: Es el valor adicional que adquieren los bienes y servicios al ser transformados durante el proceso productivo.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el cual infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades.

TITULO: BALANCED SCORECARD CDI

Autora: Marta Amparo Uribe Yepes

Palabras clave: Cuadro de mando integral, objetivos estratégicos, Institución Prestadora de Servicios (IPS), Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas (C.D.I).

Resumen

El objetivo del presente trabajo es formular una herramienta de apoyo a la gestión gerencial en CDI, orientada a traducir la estrategia en indicadores, apoyados en la metodología del Balanced Scorecard (BSC). Para lograrlo, un equipo de trabajo conformado por los líderes de diferentes procesos dentro de la organización, realizó el análisis externo e interno de la misma para identificar la situación actual de sus diferentes entornos. Las herramientas empleadas fueron análisis PEST, Perfil de Capacidad Interna (PCI), Análisis financiero, Cinco fuerzas de Porter y Matriz DOFA. Se encontró como fortaleza importante la formación y experiencia del talento humano, la calidad de los servicios prestados, la tecnología de punta empleada en la realización de algunos procesos y la existencia del Centro de Investigación Clínica aprobado por el INVIMA. No obstante lo anterior, su principal debilidad radica en su bajo nivel de participación en el mercado. Luego de conocer la situación actual, se evaluó el marco estratégico y se formuló uno diferente el cual sirvió de base para la realización del cuadro de Mando Integral en el que se plantearon 14 indicadores, distribuidos en las cuatro perspectivas del BSC con sus correspondientes objetivos estratégicos a los cuales se les hará seguimiento hasta el año 2020 cuando se espera alcanzar lo propuesto en la Visión.

INTRODUCCIÓN

El mundo de hoy, es un escenario cada vez más global y competitivo, donde las empresas tienen que enfrentar nuevos retos para sobrevivir en el mercado, en ese sentido surge la necesidad de diseñar mecanismos y estrategias, con el fin de mejorar los índices de rentabilidad y la optimización de los recursos y a su vez, lograr una mayor participación en el mercado. Por dichas razones las empresas acuden constantemente a la elaboración de sistemas de gestión y planeación, que permitan garantizar la sostenibilidad, el crecimiento y el desarrollo de las mismas. En ese contexto, el Cuadro de Mando Integral (CMI) diseñado por Robert Kaplan y David Norton, constituye una herramienta metodológica para la permanencia y el crecimiento en el mercado de las empresas, básicamente el CMI tiene como objetivo construir indicadores y metas desde las perspectivas financiera, clientes, procesos internos y aprendizaje y desarrollo. De acuerdo con lo anterior, el presente trabajo de grado plantea diseñar un Cuadro de Mando Integral para el Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas C.D.I S.A, con el fin de direccionar la empresa y dar cumplimiento a la visión.

1. Planteamiento del Problema

1.1 Definición del Problema

El Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas CDI S.A es una IPS con 17 años en el mercado, especializada en la atención de enfermedades infecciosas como son VIH, Tuberculosis, Hepatitis, entre otras. Adicionalmente, desde hace tres años amplió su portafolio de servicios e incursionó en el área de investigación clínica, convirtiéndose en un centro reconocido a nivel nacional e internacional. Cuenta con una sede principal ubicada en la ciudad de Bucaramanga y otras dos sedes ubicadas en las ciudades de Barrancabermeja y Cúcuta. Presta sus servicios a una población de aproximadamente 600 usuarios y tiene contratos vigentes con diferentes EPS. Como todas las empresas del sector salud, se ve enfrentada a continuos cambios debido a la reglamentación vigente, a las exigencias del mercado, a los estándares de calidad necesarios en el medio, etc. que exigen a la IPS responder de la mejor manera, y de esta forma garantizar su continuidad en el mercado sin afectar su estructura y su estabilidad a largo plazo.

De la mano del proceso de calidad y como iniciativa gerencial, desde el año 2012 la empresa viene adelantando un proceso de direccionamiento estratégico, iniciando en ese mismo año con el servicio de laboratorio clínico, como una herramienta para mejorar el posicionamiento de éste en el mercado. Teniendo en cuenta que fue muy positivo el impacto de este trabajo, se vio la necesidad de ampliar el alcance del direccionamiento estratégico a toda la IPS, por esta razón, se planteó para el siguiente año el trabajo de diseñar un sistema gerencial estratégico como herramienta para la toma de decisiones oportunas, mediante el diseño de un mapa estratégico con objetivos claros.

No obstante la alta dirección de la IPS, el área de calidad, los líderes de los procesos misionales de la empresa y la Junta Directiva, consideraron necesario el diseño de un Cuadro de Mando Integral que contenga indicadores estratégicos enfocados al futuro que permita a la organización conocer cómo va en su camino para el cumplimiento de su visión. Al respecto conviene decir que la visión de una empresa, condensa las expectativas del futuro de una organización, puesto que constituye el estado y el lugar que se espera alcanzar al cabo de unos años. Por lo tanto, la visión es un escenario futuro de crecimiento y de competitividad para una compañía, y no es una casualidad que las empresas de mayor crecimiento económico, son aquellas que dan cumplimiento a su visión, ya que estas coordinan sus funciones y actividades con el objetivo de cumplir la visión establecida, ya que con este esfuerzo garantizan mayores niveles de competitividad y productividad para la empresa.

En ese sentido, dar cumplimiento a la visión de una empresa, depende del entorno interno y externo donde se desenvuelve, y no solamente es llegar a obtener el conocimiento de estos escenarios, sino que a partir de ese contexto tomar decisiones y plantear estrategias para impulsar el desarrollo de la organización. La preferencia por el Balanced Scorecard para el desarrollo del presente trabajo, radica en que tiene mayor capacidad de vincular el desempeño entre las diferentes clases de negocio y el rendimiento financiero y no financiero con las perspectivas interna y externa (Calcedo, Navarro, Pastor & Tejedor, 2012,4). En el momento de examinar teorías que evalúen la visión de una empresa que permitan plantear estrategias competitivas, se encuentra que las teorías que se adecuan a este contexto son las siguientes: el direccionamiento estratégico, prospectiva, modelo Malcom Baldrige, el Modelo Iberoamericano, el modelo Europeo de Excelencia Empresarial y por último el Cuadro de

Mando Integral. Sin embargo, el Cuadro de Mando Integral es el modelo administrativo que más se adapta a las exigencias de evaluar la visión y plantear estrategias.

1.2 Preguntas de Investigación

Pregunta general:

¿Cuáles son los indicadores de gestión de la IPS CDI S.A para la aplicación del Balanced Scorecard?

Preguntas específicas:

¿Cuál es la situación del entorno competitivo y operativo de CDI?

¿Cuáles son los factores clave sobre los cuales se debe diseñar el mapa estratégico?

¿Cuáles son los indicadores para medir el desempeño bajo del modelo Balanced Scorecard?

1.3 Justificación

El proceso del direccionamiento estratégico permite a las empresas enfrentarse a los cambios de manera razonable y eficaz. No obstante, es necesario un proceso basado en la implementación y el desarrollo de planes estratégicos para competir en el mercado. Dentro este contexto, es importante sustentar un panorama de metas sustentadas en la visión, misión, políticas y objetivos, que logren garantizar la perdurabilidad de las organizaciones.

En ese sentido, el Cuadro de Mando Integral diseñado por Robert Kaplan y David Norton es una herramienta estratégica, que permite a las organizaciones adquirir mecanismos para competir y desarrollar su visión y misión, como una hoja de ruta para el crecimiento competitivo y sostenible de las organizaciones.

De ahí la importancia que las empresas cuenten con planes estratégicos para enfrentar los retos del mercado, y de esta forma garantizar su crecimiento y perdurabilidad. Es preocupante que muchas empresas colombianas no cuenten con herramientas de gestión estratégica, caso que se presenta en el Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas CDI. Actualmente la IPS no cuenta con un sistema de monitoreo que proporcione una visión integral de la Institución, que permita visualizar oportunamente a la gerencia, si se están alcanzando los objetivos y las metas establecidas. En ese escenario, el Cuadro de Mando Integral para el CDI es una propuesta para construir una herramienta de gestión estratégica para el crecimiento y el desarrollo de la institución, logrando de esta forma responder a los desafíos competitivos del sector de la salud.

1.4 Antecedentes

1.4.1 Descripción de la empresa EL CENTRO DE ATENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS C.D.I. S.A. empezó su funcionamiento en febrero del año 1997 ofreciendo al público un portafolio de atención médica especializada ambulatoria y domiciliaria, con lo cual logró posicionarse como la primera Institución de esta especialidad en el Oriente colombiano.

Sus servicios consisten en la atención integral de patologías infecciosas (VIH, TUBERCULOSIS, HEPATITIS, entre otras), un Laboratorio Clínico general y especializado, servicio de vacunación de adultos y niños y un centro de investigación clínica.

En la actualidad estos programas se ofrecen en Santander y Norte de Santander a y la prestación de sus servicios se basa en estándares de calidad que dan cumplimiento a la

legislación actual y con la certificación de sus procesos en la NORMA ISO 9001 versión 2008, certificado por ICONTEC y por INVIMA como centro de Investigación Clínica.

1.4.2 Antecedente de la IPS: A la fecha se han realizado en la IPS dos trabajos sobre planeación estratégica, el primero de ellos fue en el año 2012 y estaba enfocado al direccionamiento estratégico del laboratorio clínico. Con base en los resultados se propuso definir un marco estratégico guía del funcionamiento del laboratorio mediante el establecimiento, implementación y medición de objetivos estratégicos a nivel financiero, de clientes y de procesos internos. Estos objetivos estratégicos estaban proyectados a que el laboratorio de la IPS alcanzara un mejor desempeño y posicionamiento en el mercado. Luego de este trabajo, se inició un proceso de construcción y transformación organizacional en torno a la estrategia corporativa que fundamenta el día a día de CDI.

Como parte de ese proceso de construcción, este año se formuló el trabajo “DISEÑO DE UN SISTEMA GERENCIAL PARA LA EMPRESA DE SALUD CDI S.A”, con el que se buscó proporcionar a la empresa una herramienta para maximizar su valor y aumentar su participación en el mercado. Con los objetivos planteados, se diseñó el mapa estratégico que será una herramienta gerencial para la toma de decisiones encaminadas al logro de los objetivos propuestos. A la fecha este trabajo no ha sido implementado ya que se espera que la presente propuesta sea su continuidad y complemento para llegar finalmente a la construcción del cuadro de mando integral como herramienta gerencial para el seguimiento de las estrategias planteadas.

1.5 Delimitación

El presente trabajo fue realizado en la IPS Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas CDI, comprende el diseño de un sistema de indicadores de gestión

mediante la aplicación del modelo del Balanced Scorecard. Este modelo consta de un análisis situacional de la IPS, el diseño de un mapa estratégico, la elaboración del cuadro de mando integral y el planteamiento de iniciativas estratégicas para el logro de los objetivos.

1.6 Efectos Esperados

Con este trabajo se espera dar un paso más en el direccionamiento estratégico de la empresa dando continuidad al proceso iniciado desde el año 2012. Considerando el Cuadro de Mando Integral como la mejor herramienta gerencial mediante el seguimiento de los indicadores de gestión planteados para la IPS.

1.7 Objetivo General

Formular una herramienta de apoyo a la gestión gerencial en CDI, orientada a traducir la estrategia en indicadores, apoyados en la metodología del Balanced Scorecard (BSC).

1.7.1 Objetivos Específicos

- Identificar la situación actual de la empresa mediante la descripción de los entornos competitivos y operativos organizacionales.
- Evaluar el Marco Estratégico de la IPS C.D.I
- Formular un Balanced Scorecard con objetivos, unidades de medida, metas e iniciativas estratégicas.

2. Marco de Referencia

2.1 Marco Teórico

2.1.1 El Balanced Scorecard en comparación con otros sistemas de gestión y planeación: Para poder fundamentar el Balanced Scorecard en comparación con otros sistemas de gestión y planeación, se debe examinar las diversas teorías administrativas que abordan los temas de gestión y planeación. En ese sentido, se expone a continuación algunos sistemas de gestión y planeación.

2.1.1.1 Direccionamiento Estratégico: El direccionamiento estratégico es la formulación de finalidades y propósitos para el crecimiento de una organización, por medio de objetivos definidos para un largo plazo, por lo general a cinco o diez años, que permitan generar mecanismos y estrategias de supervivencia, crecimiento, perdurabilidad, sostenibilidad y, por sobre todo, de servicio a sus clientes o usuarios.

De esta forma, el direccionamiento estratégico es un marco de planeación con la cual las organizaciones buscan la perdurabilidad de sus acciones y actividades en el tiempo y para ello deben tomar decisiones sustentadas en el futuro o el devenir de la organización.

En ese contexto el direccionamiento estratégico se basa en la construcción de una visión, misión, políticas y estrategias para la organización, en ese orden de ideas las etapas del direccionamiento estratégico son las siguientes:

Visión: Constituye el fin y la perspectiva en una organización para el desarrollo de sus actividades para con los clientes, los accionistas, los trabajadores, la sociedad local, regional o

nacional, y haciendo referencia también al impacto social o ambiental que desea tener desde el presente hasta el futuro.

Misión: Hace referencia a los planes o nivel de objetivos, finalidades o productos diferentes, que no deben ser confundidos con la visión, aunque frecuentemente la inadecuada comprensión de los planos o niveles hace que muchas organizaciones expresen la visión dentro de la misión, o al contrario, la misión dentro de la visión.

Políticas: Las políticas en una organización deben ser consecuentes con la filosofía y principios de actuación declarados en la visión y la misión. De esta forma se estructura el marco bajo el cual están sumergidas todas las diferentes labores de la organización.

En ese escenario, algunas políticas constituyen compromisos éticos y de respeto por la legalidad. Por el contrario otras, hacen referencia al trato para con los clientes y la forma de interacción del personal que trabaja en la empresa o la con relación de proveedores.

Estrategias: Son las actividades específicas de cada área o departamento de una organización, las cuales están direccionadas para dar cumplimiento con la visión y misión propuestas en la organización.

2.1.1.2 Prospectiva: La prospectiva es una visión dinámica, global y abierta que intenta abordar los futuros en los cuales las organizaciones se pueden desempeñar. Dichos escenarios no se construyen solamente con los datos del pasado, se debe tener presente además las evoluciones futuras de las variables cuantitativas y cualitativas, como también el comportamiento de los diferentes actores socioeconómicos, de esta forma se reduce la

incertidumbre y se obtiene un escenario posible donde puede llegar a desenvolverse determinada organización.

Para el estudio de los escenarios futuros de las empresas, existen dos corrientes teóricas:

1. Forecasting: se basa en la identificación de tendencias a partir de las cuales se puede inferir la situación probable en que se encontraría la empresa años adelante. De esta forma se obtiene una imagen del futuro llamada escenario probable o tendencial.
2. Escenarios alternos: Esta metodología se basa en desarrollar una situación posible por medio de factores y variables para la empresa.

En concordancia la prospectiva empresarial permite identificar la dirección que está tomando la empresa, en cuanto a las circunstancias del mercado y su participación en él, su relación con los competidores e interacción con los clientes. De esta manera se busca detectar las dificultades con que la empresa podría encontrarse a futuro y en base a eso tomar los correctivos o decisiones pertinentes.

Cabe señalar que la prospectiva empresarial tiene como fin brindar alternativas futuras, más allá de poder determinar con precisión el futuro. Puesto que los escenarios futuros no se evalúan por su capacidad de predicción sino por la participación y la visión integradora que se establece.

2.1.1.3 Modelo Malcom Baldrige: El modelo Malcom Baldrige es un modelo de gestión que permite evaluar la calidad sobre las diferentes áreas de una empresa, concediendo una importancia al enfoque, al cliente y a su satisfacción que se brinda en una organización empresarial.

El modelo se fundamenta en la identificación y evaluación de los siguientes criterios y valores:

- Liderazgo
- Enfoque hacia el cliente
- Aprendizaje de la organización y de su personal
- Participación y desarrollo de empleados y asociados
- Planeamiento estratégico
- Agilidad de respuesta y flexibilidad
- Gestión de la innovación
- Resultados

El modelo Malcom Baldrige o modelo de excelencia americano se estructura con base en la siguiente figura:

Modelo Malcom Baldrige



Figura 1. Modelo Malcom Baldrige, adaptado de VALENZUELA & Rosas, 2005

Se puede expresar que el modelo Malcom Baldrige es un mapa de mecanismos de gestión y calidad dentro de una organización, es destacable el enfoque hacia el nivel de satisfacción del cliente y las funciones de liderazgo necesarias para el funcionamiento de la empresa.

2.1.1.4 Modelo Iberoamericano: El modelo iberoamericano tiene como objetivo la evaluación de la gestión de las organizaciones, identificando las fortalezas y las áreas de mejoras que permitan establecer planes de progreso y también establecer información para el desarrollo y la planificación estratégica. Cabe señalar que el modelo iberoamericano guarda cierta similitud con el modelo de Malcom Baldrige, su deferencia radica en especificar los resultados de cada área de la organización.

En ese sentido, se presenta a continuación la figura estructural del modelo iberoamericano:

Modelo iberoamericano

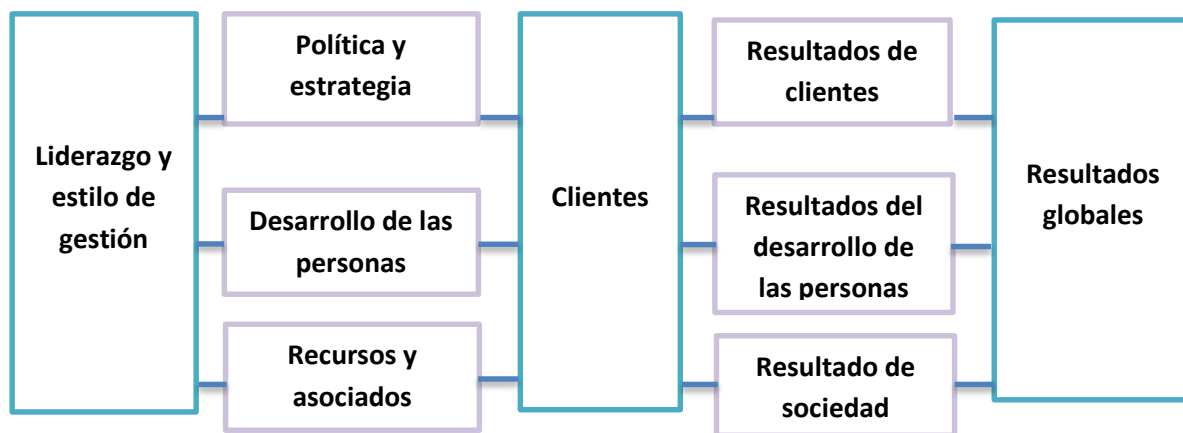


Figura 2. Modelo Iberoamericano adaptado de MARTIN, Juan Luis, (2005)

Como se puede observar el modelo Iberoamericano se encuentra muy relacionado con el modelo Malcom Baldrige, se enfoca en el nivel de satisfacción del cliente y en el desarrollo de las

personas en el interior de la organización, pero estableciendo resultados para cada uno de los criterios.

2.1.1.5 El Modelo Europeo de Excelencia Empresarial: El modelo Europeo de Excelencia empresarial o modelo EFQM, es una herramienta de gestión que orienta la organización hacia el cliente, enfocando sus actividades a las mejoras del producto o servicio que ofrece la organización empresarial.

La estructura del modelo EFQM se basa en los recursos y los procesos internos de la organización. En ese sentido los criterios que se desarrollan en el modelo EFQM son: liderazgo, políticas y estrategias, factores del personal, recursos y alianzas, procesos, resultados y rendimientos. A continuación se presenta la gráfica conceptual del modelo EFQM:

Modelo EFQM

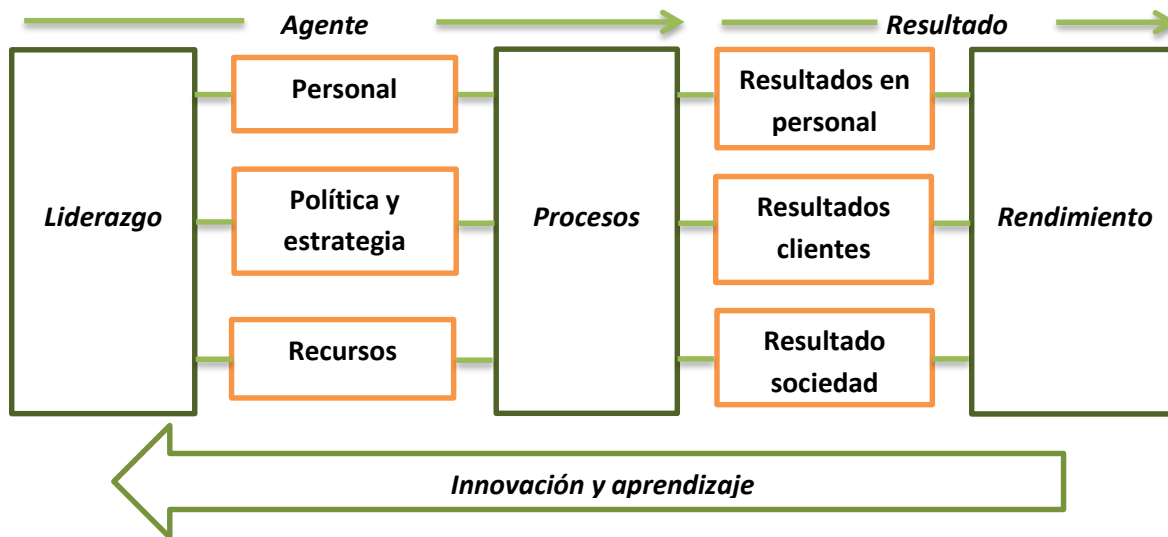


Figura 3. Modelo EFQM, adaptado de MARTIN, Juan Luis, (2005)

2.1.1.6 El Cuadro de Mando Integral frente a los demás sistemas de gestión y planeación: La ventaja del cuadro de mando integral frente a los otros sistemas de gestión y planeación es su capacidad de integrar la visión de la organización con las diferentes perspectivas o áreas dentro de la organización, puesto que el Balanced Scorecard se basa en cuatro perspectivas, finanzas, clientes, procesos internos y crecimiento y desarrollo, mientras que los modelos de gestión y planeación se enfocan principalmente en el nivel de satisfacción del cliente y en los resultados.

Dentro de este marco ha de considerarse el Modelo Iberoamericano, el cual se centra en la evaluación de la gestión de las organizaciones, identificando sus puntos fuertes y áreas de mejoras que sirvan para establecer planes de progreso y también para gestionar la información para el desarrollo y la planificación estratégica. Por otro lado, el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial se fundamenta en la autoevaluación basada en un análisis detallado del funcionamiento de gestión de la organización basa su enfoque en determinados facilitadores de la organización y en los resultados.

Tanto el Modelo Iberoamericano como el Modelo EFQM y el Malcolm Baldrige tienen el mismo objetivo, que consiste en establecer un conjunto de criterios utilizados para evaluar la calidad y excelencia organizacional. Todos ellos impulsan la aplicación de los criterios como herramienta de autoevaluación, para identificar fortalezas y debilidades. No obstante, tanto el Modelo EFQM como el modelo Malcom Baldrige, no cuentan dentro de su desarrollo teórico con los factores financieros ni las perspectivas de crecimiento y aprendizaje dentro de la organización. En ese sentido, esta carencia teórica termina limitando en los modelos la conceptualización sobre los componentes funcionales de una empresa.

En cuanto a los modelos de direccionamiento estratégico y prospectiva, se puede afirmar que estos no tienen elementos que permitan a las empresas conocer el aspecto financiero, las características del mercado y las preferencias de los consumidores, ni mucho menos llegan a establecer indicadores o medios que permitan evaluar el desempeño de la organización empresarial. De ahí que el cuadro de mando integral dentro de su planteamiento teórico estipula indicadores, objetivos y metas que buscan cuantificar el cumplimiento de la visión de una empresa.

En pocas palabras los modelos de gestión tradicionales basan su función en dinámicas de autoevaluación, restando importancia a las perspectivas de los clientes, de los accionistas, y a los escenarios de crecimiento y aprendizaje de las organizaciones. Caso muy diferente se presenta en el Balanced Scorecard que fundamenta su desarrollo teórico en las diferentes perspectivas funcionales de una organización.

En ese sentido la mayor fortaleza del Cuadro de Mando Integral, en comparación con otros marcos de referencia, reside en su capacidad de vincular el desempeño entre las diferentes clases de negocio y el rendimiento financiero y no financiero con las perspectivas interna y externa. Un Cuadro de Mando Integral bien definido contiene varios indicadores estratégicos enfocados al futuro que le dicen a la organización como se está haciendo en su camino hacia su visión.

En ese contexto Kaplan & Norton afirman que, los sistemas tradicionales de medición de actuación, incluso aquellos que utilizan muchos indicadores no financieros se centran en la mejora del coste, calidad y tiempos de los procesos ya existentes. El Cuadro de Mando Integral

destaca aquellos procesos que son más decisivos e importantes para alcanzar una actuación realmente extraordinaria de cara a los clientes y accionistas. (Kaplan & Norton, 2004, 25).

En ese contexto, Kaplan & Norton destacan que el Cuadro de Mando Integral llena el vacío que existe en la mayoría de los sistemas de gestión: la falta de un proceso sistemático para poner en práctica y obtener feedback sobre la estrategia. Los procesos de gestión alrededor del Cuadro de Mando permiten que la organización se equipare y se centre en la puesta en práctica de la estratégica a largo plazo. Utilizado de este modo, el Cuadro de Mando Integral se convierte en los cimientos para gestionar las organizaciones de la era de la información. (Kaplan & Norton, 2004, 33)

2.2 Marco Conceptual

Para el desarrollo del proyecto de investigación, se debe examinar los conceptos teóricos del Cuadro Mando Integral y las correspondientes perspectivas para su realización. De igual forma, se debe tener presente la conceptualización por medio del PEST, herramienta administrativa que permite estudiar el entorno exterior de una empresa. Con este mismo fin, se emplea las cinco fuerzas de Porter para abordar el entorno competitivo del C.D.I S.A.

2.2.1 Balanced Scorecard o Cuadro de Mando Integral: Constantemente en el mundo empresarial se evidencia la necesidad de analizar la información financiera y las estratégicas adelantadas dentro de las organizaciones, estos dos elementos son claves para entender el desarrollo y el funcionamiento de una empresa. En ese sentido, una herramienta para poder diseñar y ejecutar estrategias para el crecimiento económico de las empresas es el Balanced Scorecard o Cuadro de Mando Integral.

El Cuadro de Mando Integral es una herramienta de administración de empresas, diseñada por Robert Kaplan y David Norton, en base en un trabajo realizado para una empresa de semiconductores, el cual buscaba medir las actividades de la compañía en términos de la visión y estrategias, proporcionando un plan estratégico para su desarrollo y crecimiento. De esta forma, estos dos autores diseñaron un sistema de planeación y gestión para las empresas, el cual permite implementar estrategias de largo plazo, y por consiguiente estructurar un modelo empresarial para la supervivencia y la competitividad de las empresas.

En ese sentido, Kaplan & Norton sostienen que, si las empresas han de sobrevivir y prosperar en la competencia de la era de la información, han de utilizar sistemas de medición y de gestión, derivados de sus estrategias y capacidades. Desgraciadamente, muchas organizaciones adoptan estrategias con respecto a las relaciones con los clientes, las competencias centrales y las capacidades organizativas, mientras que motivan y miden la actuación sólo de indicadores financieros. El Cuadro de Mando Central conserva la medición financiera como un resumen crítico de la actuación gerencial, pero realza un conjunto de mediciones más generales e integradas, que vinculan al cliente actual, los procesos internos, los empleados y la actuación de los sistemas con el éxito financiero a largo plazo (Kaplan & Norton, 2004, 34).

De acuerdo a lo anterior, se puede afirmar que el cuadro de mando integral busca alinear a los diversos componentes y miembros de las organizaciones, con el fin de canalizar esfuerzos en común, en torno a un plan estratégico. Más no se trata de abandonar los diferentes objetivos y planes desarrollados en el interior de las empresas, sino de direccionarlos a una causa en común, logrando mayores niveles de comunicación y desarrollo dentro de las estructuras organizacionales de las empresas. Según Kaplan & Norton el Cuadro de Mando Integral

proporciona un marco, una estructura y un lenguaje para comunicar la misión y la estrategia; utiliza las mediciones para informar a los empleados sobre los causantes del éxito actual y futuro. Al articular los resultados que la organización desea, y los inductores de esos resultados, los altos ejecutivos esperan canalizar las energías, las capacidades y el conocimiento concreto de todo el personal de la organización hacia la consecución de los objetivos a largo plazo (Kaplan & Norton, 2004, 38).

Cabe resaltar que la necesidad no depende del tipo de organización, sino de los problemas que tiene y por ende de la necesidad que tenga de mejorar su modelo de planificación y gestión. Si una empresa tiene problemas con los elementos anteriormente mencionados, específicamente en comunicar su estrategia o en priorizar la información y los proyectos dentro de la organización, un *Balanced Scorecard* puede llegar a ser una herramienta extremadamente útil como medio para mejorar su modelo de planificación y gestión.

Para Kaplan & Norton, las organizaciones deben desplegar todas sus energías para dar cumplimiento con la visión y las estrategias formuladas, pero para ello deben contar con la articulación de todo el personal de una empresa. De esta forma las empresas podrán emprender objetivos de largo plazo para el crecimiento y el desarrollo económico en el interior de las organizaciones. En concordancia “El *Balanced Scorecard* es un modelo de gestión que traduce la estrategia en objetivos relacionados, medidos a través de indicadores y ligados a unos planes de acción que permitan alinear el comportamiento de los miembros de la organización”. (Fernández, 2001, 2). Precisamente el Cuadro de Mando Integral traduce la estrategia y la misión de una organización en un amplio conjunto de medidas de actuación, proporcionando una estructura de gestión y medición estratégica. De hecho el Cuadro de Mando mide la actuación de la organización desde cuatro perspectivas equilibradas: las finanzas, los clientes, los procesos

internos, y la formación y crecimiento. En base a estas cuatro perspectivas, el Cuadro de Mando Integral proporciona una estructura para la realización de un plan estratégico, logrando integrar los diferentes elementos de una organización.

En ese contexto, el diseño de las cuatro perspectivas del Balanced Scorecard representa un sistema coherente de elementos que se refleja por medio de mapas estratégicos, procesos de asignación de recursos y mecanismos para la evaluación del desempeño. De esta forma el Cuadro de Mando Integral permite organizar piezas normalmente descoordinadas en las organizaciones. En otras palabras, el diseño y la implementación del Balanced Scorecard depende de la vinculación de la visión y la estrategia con todos los estamentos de una organización. De acuerdo a Kaplan & Norton, el cuadro de Mando Integral es más que un sistema de medición táctico u operativo. Las empresas innovadoras están utilizando el Cuadro de Mando como un sistema de gestión estratégica para gestionar su estrategia a largo plazo. Están utilizando el enfoque de medición del Cuadro de Mando para llevar a cabo procesos de gestión decisivos:

- Aclarar y traducir o transformar la visión y la estrategia
- Comunicar y vincular los objetivos e indicadores estratégicos
- Planificar, establecer objetivos y alinear las iniciativas estratégicas
- Aumentar el feedback y la formación estratégica (Kaplan & Norton, 2004, 23)

Alberto Fernández, docente de la Universidad de IESEI y experto en Balanced Scorecard, afirma que hay empresas que lo pueden utilizar sólo como ayuda a la planificación, a través de la elaboración de mapas estratégicos, otras pueden preferir

utilizarlo únicamente como sistema de información y seguimiento de la gestión. En cualquier caso, una de las virtudes del modelo puede ser establecer el enlace entre la planificación y la gestión. (Fernández, 2001,7). Por lo expuesto anteriormente, y para una mayor comprensión del Balanced Scorecard, Robert Kaplan y David Norton diseñaron el siguiente cuadro que proporciona una estructura para transformar la estrategia de una organización en términos operativos.

Cuadro de Mando Integral

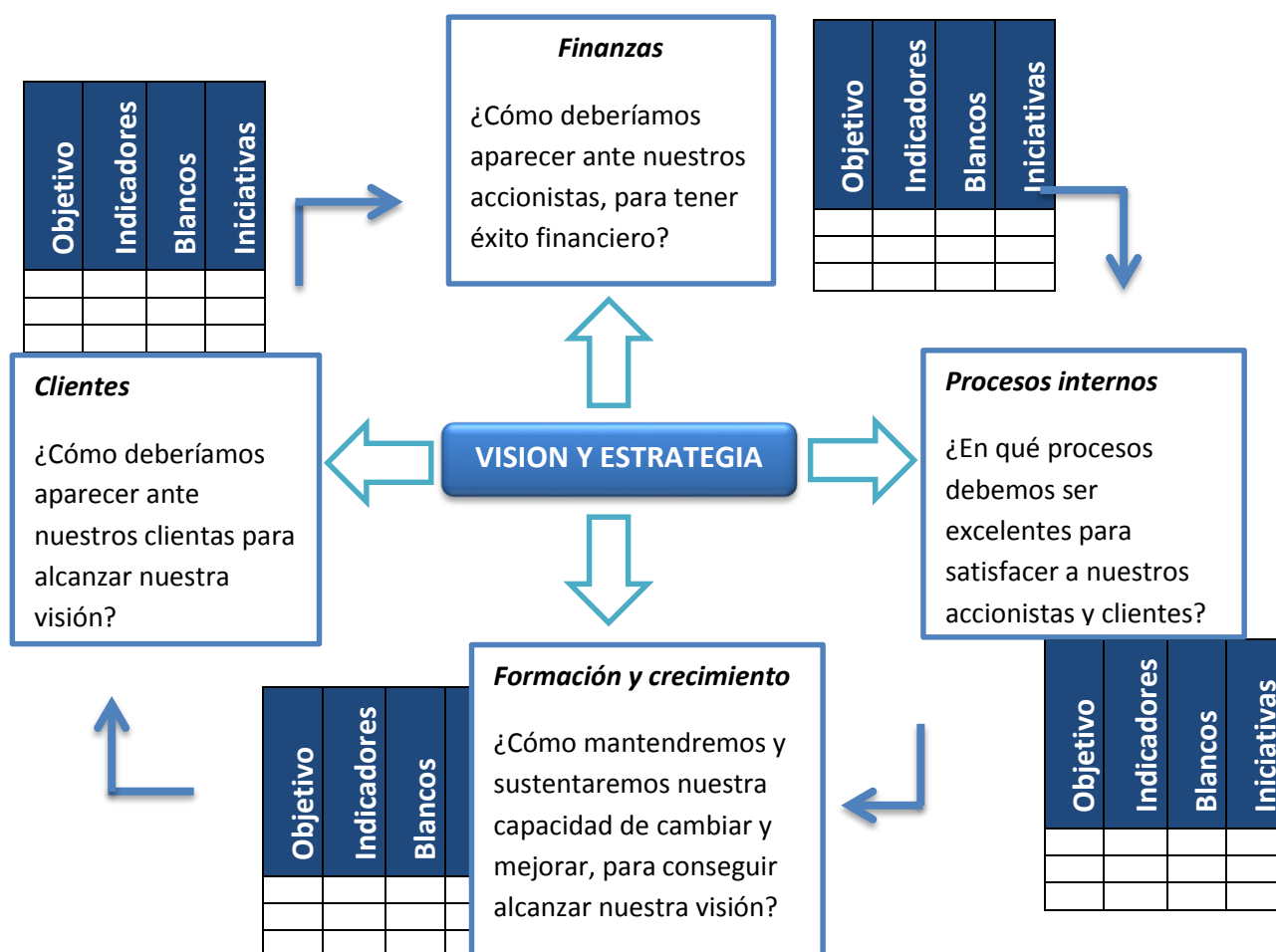


Figura 4. Cuadro de Mando Integral, adaptado de Robert S. Kaplan y David P. Norton, Cuadro de Mando Integral. 2004

De acuerdo con la figura anterior, Kaplan y Norton establecen cuatro preguntas, ¿Cómo deberíamos aparecer ante nuestros accionistas, para tener éxito financiero?, ¿En qué procesos debemos ser excelentes para satisfacer a nuestros accionistas y clientes?, ¿Cómo mantendremos y sustentaremos nuestra capacidad de cambiar y mejorar, para conseguir alcanzar nuestra visión?, ¿Cómo deberíamos aparecer ante nuestros clientes para alcanzar nuestra visión? Para la respuesta de estos cuatro interrogantes, los autores estipulan un esquema de objetivos, indicadores, blancos e iniciativas, con el fin de cualificar y cuantificar las perspectivas del Balanced Scorecard. Además de la estructura del Balanced Scorecard, Kaplan & Norton exponen un marco estratégico para el Cuadro de Mando Integral, el cual se ve representado por medio de la siguiente figura.

Marco estratégico del Balanced Scorecard

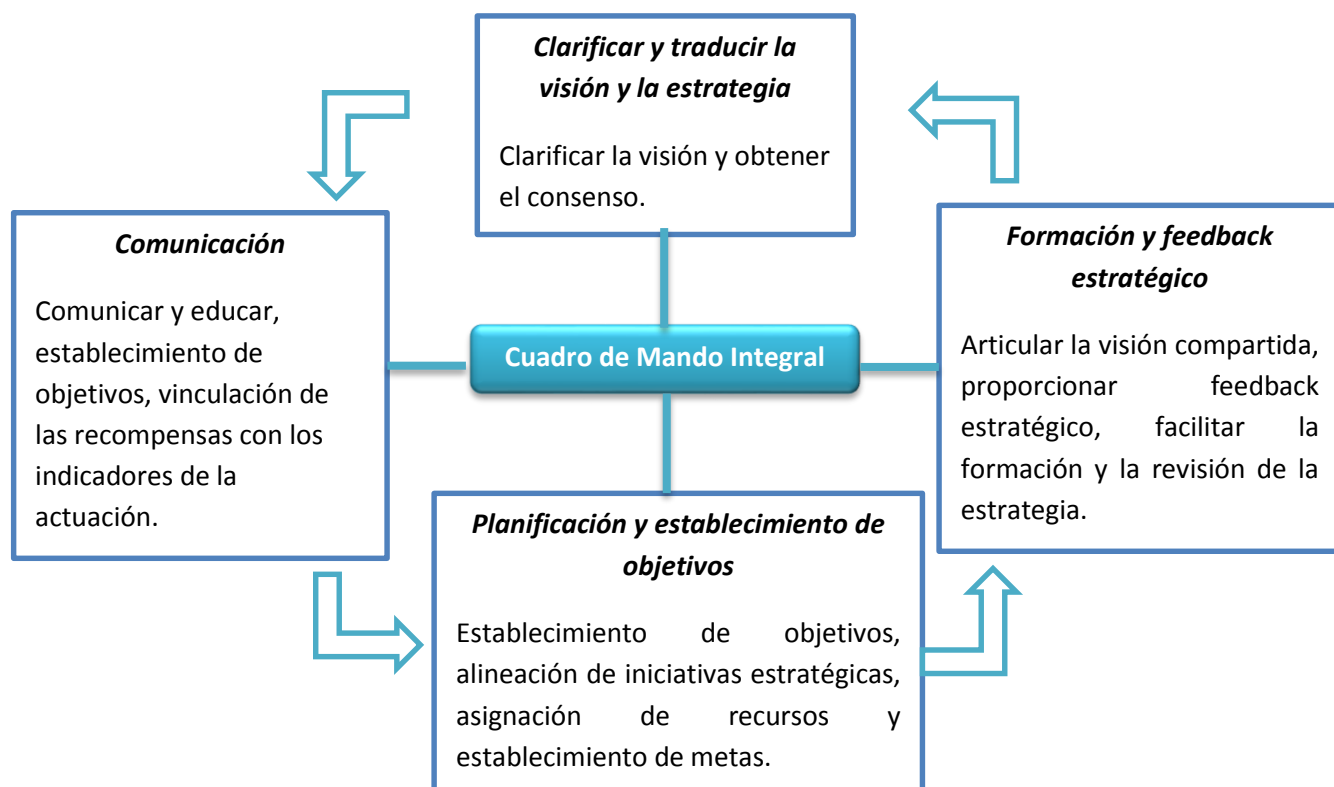


Figura 5. Marco estratégico del Balanced Scorecard **Fuente:** Robert S. Kaplan y David P. Norton, Cuadro de Mando Integral. 2004

Lo que importa observar, es que el marco estratégico del Balanced Scorecard proyecta una alineación entre la visión y la estrategia dentro de una organización, una alineación que integra los objetivos, indicadores, recursos, feedback y metas del interior de la empresa, buscando de esta forma correlacionar las diferentes perspectivas o escenarios de una organización. En efecto, Kaplan & Norton establecen cuatro escenarios en el diseño del Cuadro de Mando Integral, perspectiva financiera, perspectiva del cliente, perspectiva del proceso interno y por último la perspectiva de aprendizaje y crecimiento.

2.2.2 Perspectiva Financiera: Según Kaplan & Norton la perspectiva financiera aborda los objetivos financieros, los cuales representan el objetivo a largo plazo de la organización: proporcionar rendimientos superiores basados en el capital invertido. La utilización del Cuadro de Mando Integral no entra en conflicto con este objetivo vital. En realidad el Cuadro de Mando Integral puede hacer que los objetivos financieros sean explícitos, y que se adapten a la medida de las unidades de negocio, en las diferentes fases de su crecimiento y ciclo de vida (Kaplan & Norton, 2004, 75). En ese contexto la unidad de negocio se centra en tres fases que impulsan la estrategia empresarial:

- Crecimiento y diversificación de los ingresos
- Reducción de costes/mejora de la productividad
- Utilización de los activos/estrategia de la inversión

Para un mayor entendimiento de estas tres fases de crecimiento empresarial Kaplan & Norton construyen el siguiente cuadro.

Tabla 1.

Estrategia de la unidad de negocio

		Temas estratégicos		
		<i>Crecimiento y diversificación de los ingresos</i>	<i>Reducción de costes/mejora de la productividad</i>	<i>Utilización de los activos</i>
Estrategia de la unidad de negocio	Crecimiento	Tasa de crecimiento de las ventas por segmento. Porcentaje de los ingresos procedentes de nuevos productos, servicios y clientes.	Ingresos/empleados	Inversiones (Porcentaje de ventas). I+D (Porcentaje de ventas)
	Sostenimiento	Cuota de cuentas y clientes seleccionados. Venta cruzada. Porcentaje de ingresos de nuevas aplicaciones. Rentabilidad de la línea de producto y clientes	Costo frente a competidores. Tasas de reducción de costos. Gastos indirectos (Porcentaje de ventas)	Ratios de capital circulantes (Ciclo de maduración). ROCE por categorías de activos claves. Tasas de utilización de activos.
	Recolección	Rentabilidad de la línea de productos y clientes. Porcentaje de clientes no rentables	Costo por unidad (Por unidad de output, por transacción)	Período de recuperación (Pay-back). Throughput

Nota: Adaptado de Robert S. Kaplan y David P. Norton, Cuadro de Mando Integral. 2004

2.2.3 Perspectiva del Cliente: Según Kaplan & Norton en la perspectiva del cliente del Cuadro de Mando Integral, las empresas identifican los segmentos de cliente y mercado en que han elegido competir. Estos segmentos representan las fuentes que proporcionarán el componente de ingresos de los objetivos financieros de la empresa. La perspectiva del cliente permite que las empresas equiparen sus indicadores claves sobre los clientes, satisfacción, fidelidad, retención, adquisición y rentabilidad con los segmentos de clientes y mercado seleccionado. También les permite identificar y medir de forma explícita las propuestas de valor añadido que entregarán a los segmentos de clientes y de mercado seleccionados (Kaplan & Norton, 2004, 76).

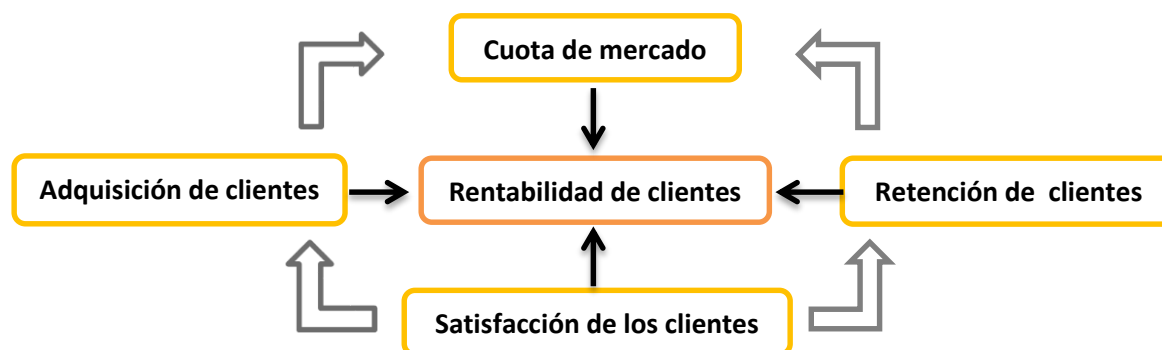
De acuerdo con Kaplan & Norton, se debe buscar satisfacer y agradar a los clientes, traducir las declaraciones de visión y estrategia en unos objetivos concretos basados en el mercado y los clientes. En ese sentido los autores del Balanced Scorecard afirman que las empresas que intentan serlo todo para todo el mundo acostumbran a terminar no siendo nada para nadie, o sea para todo el mundo. Los negocios han de identificar los segmentos de mercado en sus poblaciones de clientes existentes y potenciales, y luego seleccionar los segmentos en los que eligen competir. La identificación de las propuestas de valor añadido que se entregarán a los segmentos seleccionados se convierte en la clave para desarrollar objetivos e indicadores para la perspectiva del cliente (Kaplan & Norton, 2004, 77).

Por lo tanto, los indicadores centrales de los resultados de los clientes según Kaplan & Norton, se debe enfocar en seis aspectos:

- Cuota de mercado
- Incremento de clientes
- Adquisición de clientes
- Satisfacción de clientes
- Rentabilidad de los clientes

Para mayor comprensión los autores del Balanced Scorecard estructuran la siguiente figura:

Perspectiva del Cliente



<i>Cuota de mercado</i>	Refleja la proporción de ventas, en un mercado dado (en términos de número de clientes, dinero gastado o volumen de unidades vendidas), que realiza una unidad de negocio.
<i>Incremento de clientes</i>	Mide, en términos absolutos o relativos, la tasa en que la unidad de negocio atrae o gana nuevos clientes o negocios
<i>Retención de clientes</i>	Sigue la pista, en términos relativos o absolutos, a la tasa a la que la unidad de negocio retiene o mantiene las relaciones con sus clientes.
<i>Satisfacción de cliente</i>	Evalúa el nivel de satisfacción de los clientes según unos criterios de actuación específicos dentro de la propuesta de valor añadido.
<i>Rentabilidad del cliente</i>	Mide el beneficio neto de un cliente o de un segmento, después de descontar los únicos gastos necesarios para mantener ese cliente.

Figura 6. Perspectiva del Cliente adaptado de Robert S. Kaplan y David P. Norton, Cuadro de Mando Integral. 2004

2.2.4 Perspectiva del Proceso Interno: Los autores del Balanced Scorecard afirman que en la perspectiva del proceso interno, los directivos deben identificar los procesos más críticos a la hora de conseguir los objetivos de accionistas y clientes. Es típico que las empresas desarrollen sus objetivos e indicadores desde esta perspectiva, después de haber formulado los objetivos e indicadores para la perspectiva financiera y la de cliente. Esta secuencia permite que

las empresas centren sus indicadores de los procesos internos en aquellos procesos que entregarán los objetivos establecidos por clientes u accionistas (Kaplan & Norton, 2004, 105).

Por otro lado, Kaplan & Norton afirman que los sistemas existentes de medición de la actuación en la mayoría de las organizaciones se centran en la mejora de los procesos operativos existentes. En el caso del Cuadro de Mando Integral, se recomienda que los directivos definan una completa cadena de valor de los procesos internos que se inicia con el proceso de innovación, identificar las necesidades de los clientes actuales y futuros y desarrollar nuevas soluciones para estas necesidades, sigue a través de los procesos operativos, entregando los productos y servicios existentes a los clientes existentes y termina con el servicio posventa ofreciendo servicios después de la venta, que se añaden al valor que reciben los clientes (Kaplan & Norton, 2004, 106).

De acuerdo a lo anterior se establece una cadena de valor, que contempla 3 procesos. El primero es el proceso de innovación, en esta parte la unidad de negocio investiga las necesidades, emergentes o latentes, de los clientes, y así poder luego crea los productos o servicios que satisfarán esas necesidades. El segundo proceso, es el proceso operativo, es el más importante en la cadena genérica de valor interno, ya que en este proceso es donde se producen y se entregan a los clientes productos y servicios existentes. El tercer proceso hace referencia a la atención y el servicio al cliente después de la venta o entrega de un producto o servicio.

Los autores del Balanced Scorecard plantean para el desarrollo de la perspectiva del proceso interno, un modelo de cadena genérica de valor para las organizaciones, el cual se presenta a continuación.

Modelo de cadena genérica de valor

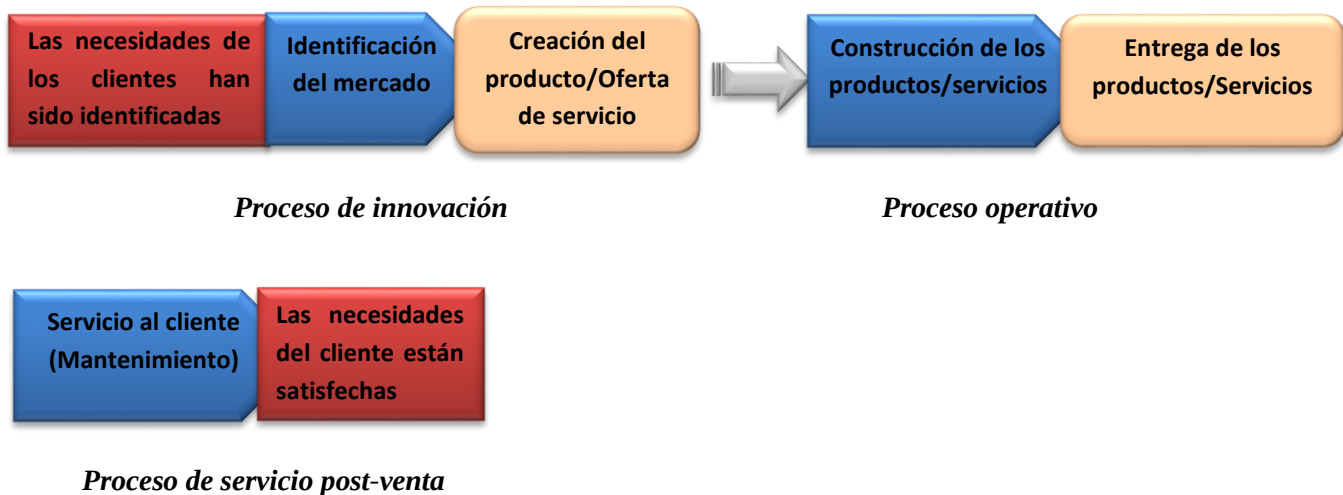


Figura 7. Modelo de cadena genérica de valor, adaptado de Robert S. Kaplan y David P. Norton, Cuadro de Mando Integral. 2004

2.2.5 Perspectiva de aprendizaje y crecimiento: de acuerdo con Kaplan & Norton, los objetivos de la perspectiva de aprendizaje y crecimiento proporcionan la infraestructura que permite que se alcancen los objetivos en las restantes perspectivas. Los objetivos de la perspectiva de crecimiento y aprendizaje son los inductores necesarios para conseguir unos resultados excelentes en las tres primeras perspectivas (Kaplan & Norton, 2004, 110).

Para la construcción de la perspectiva de aprendizaje y crecimiento los autores del Balanced Scorecard determinan tres variables para la eficaz implementación de esta perspectiva sobre las organizaciones. En ese sentido las variables son las siguientes:

- ✓ Las capacidades de los empleados
- ✓ Las capacidades de los sistemas de información
- ✓ Motivación, delegación de poder y coherencia de objetivos.

No obstante para el desarrollo de este escenario, los autores del Cuadro de Mando Integral proponen una estructura de indicadores, básicamente son tres indicadores:

- La satisfacción del empleado
- La retención del empleado
- La productividad del empleado

En base de lo anterior Kaplan & Norton diseñan la estructura de la perspectiva de aprendizaje y crecimiento, donde se despliega la importancia de la satisfacción del empleado y su respectivo resultado en el interior de las organizaciones. La estructura de aprendizaje y crecimiento es la siguiente:

Estructura de aprendizaje y crecimiento

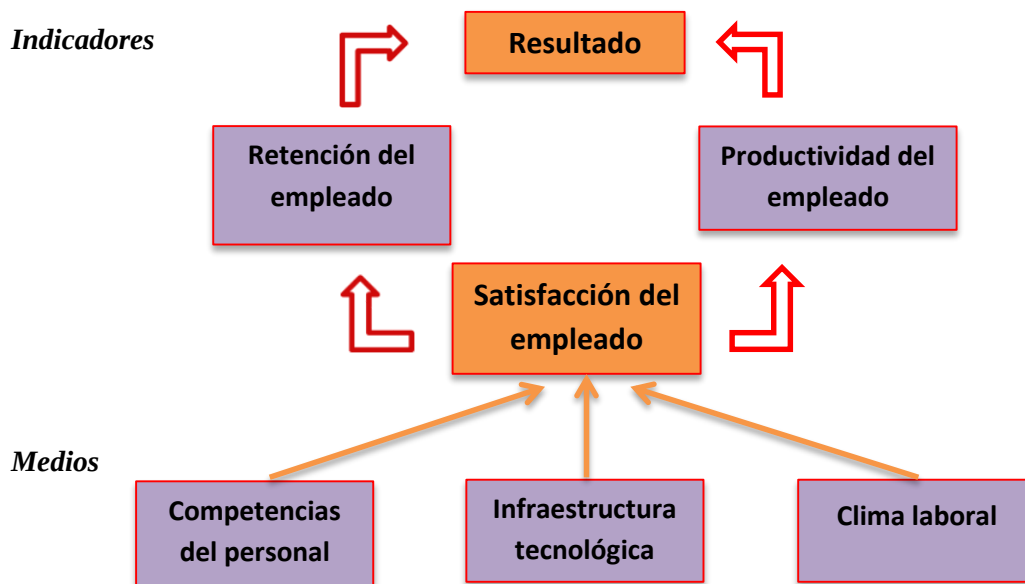


Figura 8. Estructura de aprendizaje y crecimiento adaptado de Robert S. Kaplan y David P. Norton, Cuadro de Mando Integral. 2004

Recapitulando sobre las cuatros perspectivas, un Cuadro de Mando Integral exige una estrategia a nivel corporativo que articule la visión, con la forma en que la organización incrementa el valor mediante sus procesos de operación. Este valor surge a través de todas las unidades de negocio, servicios, e interacciones y transacciones que lleva a cabo la organización. Dicha dinámica debe estar representada por medio de objetivos, los cuales deben ser identificados y comunicados dentro de un Cuadro de Mando Integral.

2.2.6 Barreras para la gestión de un Balanced Scorecard: de acuerdo con Kaplan & Norton, la construcción de un Cuadro de Mando Integral para una organización no es una labor fácil, de hecho los autores, destacan cuatro barreras que afronta la gestión de un Balanced Scorecard en el mundo empresarial. La primera barrera se presenta cuando la organización no puede traducir su visión y estrategia a términos que puedan ser comprendidos para luego actuar en consecuencia. Donde existe un desacuerdo de base sobre la forma de traducir las grandiosas declaraciones de visión y misión en acciones, la consecuencia es la fragmentación e infra-optimización de los esfuerzos (Kaplan & Norton, 2004, 207).

La segunda barrera surge cuando las exigencias a largo plazo de la estrategia de la unidad de negocio no se traducen en objetivos para departamentos, equipo e individuos. En lugar de ello, la actuación departamental permanece enfocada en cumplir con los presupuestos financieros establecidos como parte del proceso tradicional de control de la gestión, en otras palabras la empresa establece dinámicas de corto plazo, excluyendo los objetivos de largo plazo.

La tercera barrera para la implementación de la estrategia es el fracaso en vincular programas de actuación y asignación de recursos para el cumplimiento de estrategias a largo

plazo. Finalmente la cuarta barrera, es la falta de feedback o dinámicas de retroalimentación sobre la forma en que se está llevando a cabo la estrategia.

De acuerdo a lo anterior, Kaplan & Norton sintetizan por medio de una gráfica las cuatro barreras para la implementación de un Balanced Scorecard, la cual se presenta a continuación:

Las cuatro barreras para la gestión del Balanced Scorecard



Figura 9. Las cuatro barreras para la gestión del Balanced Scorecard, adaptado de Robert S. Kaplan y David P. Norton, Cuadro de Mando Integral. 2004

2.2.7 La construcción de un Cuadro de Mando Integral: De acuerdo con los autores del Balanced Scorecard, la construcción del Cuadro de Mando Integral de una organización puede conseguirse por medio de un proceso sistemático que construye consenso y claridad sobre

la forma de traducir la misión y la estrategia de una unidad en objetivos e indicadores operativos. El proyecto exige un arquitecto que pueda enmarcar y facilitar el proceso y recoger la información importante sobre antecedentes para la construcción del cuadro de mando. Pero el cuadro de mando debería representar la sabiduría y las energías colectivas del equipo de alta dirección de la unidad de negocio. A menos que este equipo esté completamente comprometido en el proceso, no es probable que se dé un buen resultado. Sin el patrocinio y la participación activa de la alta dirección no debe iniciarse un proyecto de cuadro de mando, puesto que sin el liderazgo y el compromiso del nivel más alto es seguro que fracasaría (Kaplan & Norton, 2004, 305).

El desarrollo de un buen Cuadro de Mando Integral proporciona a la organización, una imagen clara del futuro y el medio por el cual se alcanza ese futuro. El desarrollo de un Balanced Scorecard requiere del compromiso de todo el equipo de alta dirección. Por consiguiente se requiere de la construcción de un consenso de gestión respecto a la imagen de la organización. Básicamente el Cuadro de Mando Integral se fundamenta en responder la siguiente pregunta ¿Cómo se debe asegurar la organización para poder alcanzar la visión propuesta?

Cuando las organizaciones realizan la transición desde la visión a la acción, centran las bases para el desarrollo de un Cuadro de Mando Integral. El desarrollo inicial de un cuadro de mando se enfoca en el análisis y el rediseño de la visión estratégica de la organización. De esta forma se logra establecer objetivos de largo plazo ajustados a la visión propuesta en el interior de la organización.

2.3 Análisis del Entorno Externo E Interno

El objetivo de los análisis del entorno externo e interno es indagar y conocer las características de donde se desenvuelven las empresas y de igual forma, plantear estrategias y políticas que permitan mejorar las condiciones de las mismas. Concretamente, estos análisis se basan en la interacción de las empresas con los diversos actores e instituciones, y con el fin de obtener un análisis de mayor precisión y detalle, se divide en dos los escenarios, entorno externo e interno. En ese sentido el presente trabajo, acude al análisis Pest y a las Cinco fuerzas de Porter como herramientas teóricas para realizar el análisis externo y de igual forma, plantea utilizar el análisis de Perfil de Capacidad Interna PCI y DOFA como herramientas para elaborar el análisis interno, para el Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas. En ese orden, se presenta a continuación la conceptualización de las teorías mencionadas anteriormente.

2.3.1 El análisis PEST: Es una herramienta que busca identificar los factores del entorno general, que tienen la capacidad de afectar a las empresas. En ese sentido el análisis PEST, consiste en examinar el impacto de aquellos factores externos que están fuera del control de las empresas, pero que pueden afectar el desarrollo futuro. En efecto, este análisis es primordial para las organizaciones en cuanto que permite, la exploración del entorno, la vigilancia de las tendencias y la anticipación de la posición de los competidores a futuro. (Altair, 2005, 37).

En el análisis PEST es fundamental llegar a responder a las siguientes cuatro preguntas:

- ¿Cuáles son los factores que pueden tener relevancia en el sector en el que se desarrolla la actividad de la organización objeto de estudio?
- ¿Cuáles de entre esos factores relevantes tienen un impacto sobre la organización?

- ¿Cuál es la evolución prevista de estos factores en un horizonte temporal de 3 a 5 años?
- ¿Qué oportunidades o desventajas generar para la organización objeto de estudio la evolución prevista de dichos factores?

En concordancia el análisis PEST se definen cuatro factores claves que tienen una influencia directa sobre la evolución de las organizaciones. El siguiente esquema sintetiza dichos factores:

Factores del análisis PEST

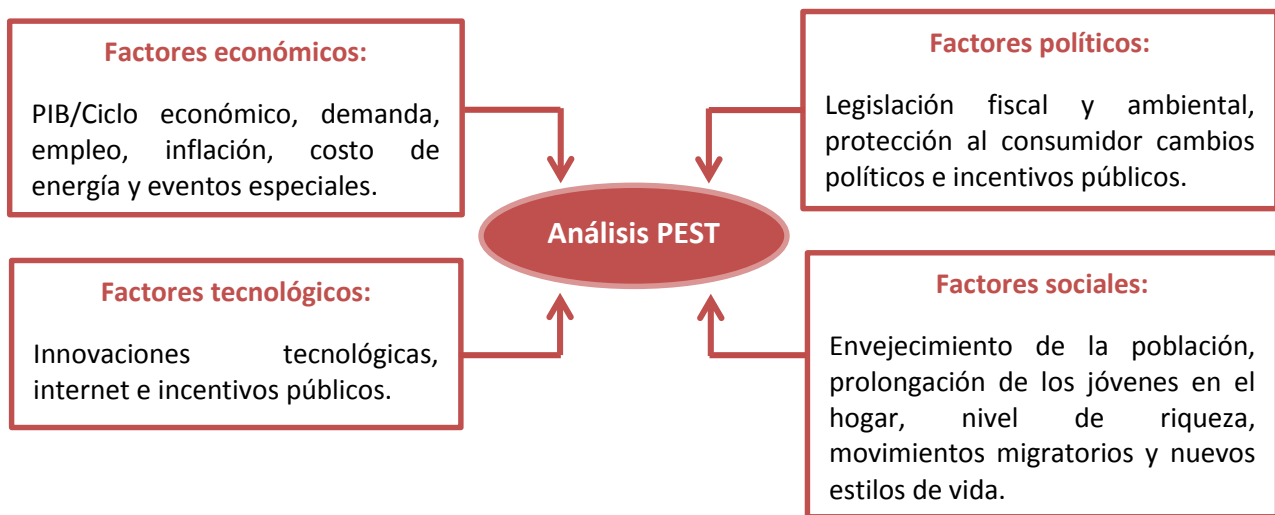


Figura 10. Factores del análisis PEST, adaptado de Altair, la elaboración del plan estratégico, 2005.

Dado lo anterior, hace necesario definir cada uno de los factores del análisis PEST:

Factores económicos: Para el análisis PEST la evolución de determinados indicadores macroeconómicos pueden tener influencia sobre la evolución del sector en que opera determinada empresa. Cada organización deberá escoger aquellos indicadores económicos cuya evolución ha tenido o puede tener influencia importante en el entorno y, por lo tanto en el futuro. Existen multitud de factores económicos influyentes en el entorno de una sociedad, pero no todos tienen impacto relevante sobre la actividad de la empresa en cuestión (Altair, 2005, 37).

Factores políticos: Son todos aquellos elementos que representan procesos políticos y su correspondiente legislación, que tienen la capacidad de influenciar las relaciones del entorno en donde los sectores desarrollan su actividad económica. En ese sentido las normas, las ordenanzas y resoluciones pueden llegar a beneficiar o perjudicar los intereses de una compañía.

Factores tecnológicos: Representan aquellos factores que generan nuevos productos y servicios, y mejoran la forma en la que se producen y se entregan al usuario final. Las innovaciones pueden crear nuevos sectores y alterar los límites en los sectores existentes (Altair, 2005, 37).

Factores sociales: La demografía es el elemento del entorno más sencillo de comprender y cuantificar. Es la raíz de muchos cambios en la sociedad. La demografía incluye elementos como la edad de la población, crecientes o decrecientes niveles de riqueza, cambios en la composición étnica, distribución geográfica de la población y disparidad en el nivel de ingresos (Altair, 2005, 37).

Las influencias del entorno no tendrán el mismo impacto en todas las organizaciones, ni siquiera entre aquellas cuya actividad sea similar o pertenezcan a un mismo sector económico. En ese sentido, cada organización tiene un desarrollo y unas relaciones propias del medio socioeconómico donde interactúa.

2.3.2 Análisis de las cinco fuerzas de Porter: Para el desarrollo de este componente teórico, se acude a la investigación realizada por ALTAIR, Consultores (2005). La elaboración del plan estratégico, ECOE Colecciones. Donde se define el modelo de las cinco fuerzas, desarrollado por Michael Porter en 1979, como la herramienta analítica más comúnmente

utilizada para examinar el entorno competitivo. En efecto Porter describe este entorno en términos de cinco fuerzas competitivas básicas:

1. La amenaza de nuevos entrantes, (barreras de entrada).
2. El poder de negociación de los clientes.
3. El poder de negociación de los proveedores.
4. La amenaza de productos y servicios sustitutivos.
5. La intensidad de la rivalidad entre los competidores de un sector.

Cabe señalar que el análisis de las cinco fuerzas, es una herramienta de marketing estratégico para analizar el mercado y definir estrategias adecuadas para competir. En ese sentido, el análisis de Porter de las cinco fuerzas de mercado, se puede definir como un marco que identifica las características sobre la intensidad competitiva y por lo tanto, del atractivo de un mercado. Cada una de estas fuerzas tiene la capacidad de incidir en la forma como una empresa compite en un mercado concreto. Las distintas fuerzas de Porter pueden llegar a determinar el nivel de rentabilidad potencial de un sector, puesto que estas cinco fuerzas actúan constantemente en contra de la rentabilidad de determinado sector. El proyecto de investigación de Altair 2005, afirma así mismo que el modelo de las cinco fuerzas de Porter, permite evaluar cómo mejorar la posición competitiva de una empresa con respecto a cada una de las cinco fuerzas. Por ejemplo, se puede utilizar el conocimiento proporcionado por el modelo de las cinco fuerzas para crear mayores barreras de entrada que desanimen a nuevos rivales a competir en el mercado. O puede llegar desarrollarse fuertes relaciones con los canales de distribución, o decidir buscar proveedores que satisfagan la relación calidad/precio necesaria para que el producto o servicio sea de alto rendimiento (Altair, 2005, 40). A continuación se presenta el esquema de las cinco fuerzas del planteado por el profesor Michael Porter:

Las cinco fuerzas de Porter

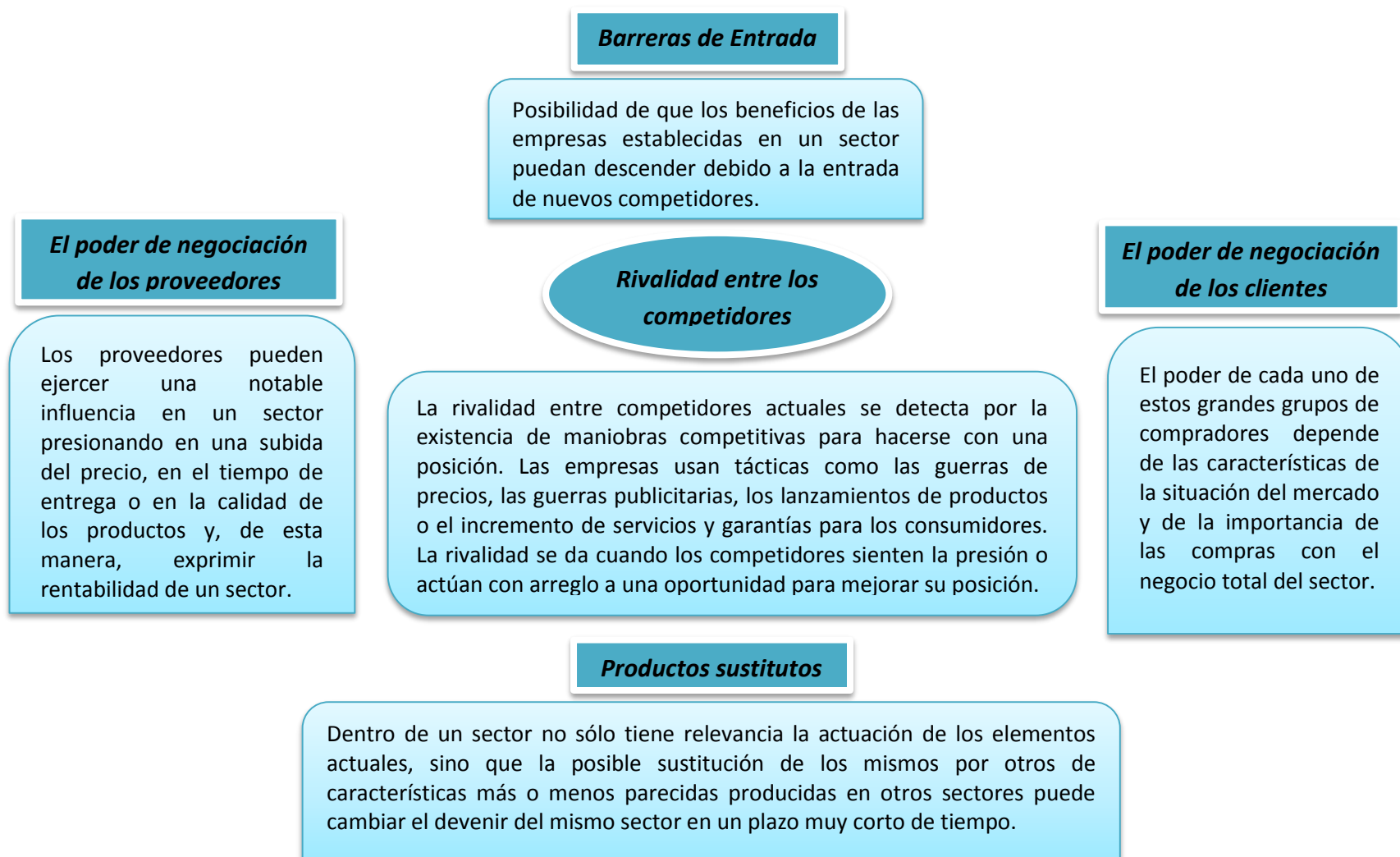


Figura 11. Las cinco fuerzas de Porter, adaptado Análisis de las cinco fuerzas de Porter, Altair 2005.

De acuerdo a la anterior figura, se procede a definir cada una de las fuerzas cinco fuerzas de Porter:

Barreras de entrada: De acuerdo con el proyecto de investigación de Altair 2005, la amenaza de nuevos entrantes hace referencia a la posibilidad de que los beneficios de las empresas establecidas en un sector puedan descender debido a la entrada de nuevos competidores. El alcance de la amenaza depende de las barreras de entrada existentes, de la posibilidad de crear nuevas barreras de entrada y de la acción combinada de los competidores actuales. Con este análisis lo que se pretende es determinar los condicionantes que afectan a una empresa que quiera entrar en el sector donde opera la sociedad (Altair, 2005, 41).

En ese orden de ideas, existen seis fuentes principales de barrera de entrada:

- *Economías de escala:* Se refieren a la posible reducción de los costos de producción cuando aumenta la escala de producción. El costo de una unidad de producto descende cuando se incrementa el volumen total de producción posible en un determinado período de tiempo. Esto disuade la entrada, ya que obliga al entrante a introducirse a produciendo gran escala, arriesgándose a una fuerte reacción por parte de las empresas existente o si no, a introducirse a pequeña escala, aceptando entonces una desventaja en costos.
- *Diferenciación del producto:* Cuando los competidores existentes se benefician de una fuerte imagen de marca y de fidelidad de los clientes, la diferenciación crea una

barrera de entrada, al forzar a los entrantes a gastar mucho para vencer la lealtad de los consumidores.

- *Necesidades de capital:* La necesidad de invertir muchos recursos financieros para competir crea una barrera de entrada, especialmente si el capital es requerido para publicidad o investigación y desarrollo, arriesgada o no recuperable.
- *Costos de cambio de proveedor:* Esta barrera se crea si existen costos adicionales que deben asumir los compradores al cambiar de un proveedor de productos o servicios a otro.
- *Acceso a los canales de distribución:* La necesidad por parte de un nuevo entrante de asegurar la distribución de su producto puede crear una barrera de entrada.
- *Desventajas en costos independientes de la escala:* Algunos competidores actuales pueden poseer ventajas que son independientes del tamaño o las economías de escala. Como por ejemplo: la propiedad del producto, el acceso favorable a las materias primas, el subsidio del gobierno y políticas gubernamentales favorables (Altair, 2005, 42).

El poder de negociación de los clientes: Según el proyecto de investigación de Altair 2005, los clientes amenazan a un sector forzando a la baja de precios, negociando por mayores niveles de calidad y más servicios, fomentando de este modo la rivalidad entre los competidores, este comportamiento por parte de los clientes reduce la rentabilidad del sector. El poder de cada uno de estos grandes grupos de compradores depende de las características de la situación del mercado y de la importancia de las compras de ese grupo

comparadas con el negocio total del sector. Un grupo de compradores tiene poder de negociación cuando se dan las siguientes condiciones:

- El grupo de clientes se encuentra concentrado o su compra supone un gran volumen de las ventas del vendedor. Si un alto porcentaje de las ventas del proveedor es adquirido por un único comprador, la importancia del negocio del comprador para el proveedor se incrementa. Los compradores de grandes volúmenes tienen incluso mayor poder en los sectores con altos costos fijos.
- Los productos que compra el cliente son estándares o indiferenciados. La falta de incertidumbre de encontrar un proveedor alternativo permite a los compradores crear una presión hacia los competidores que tienen que enfrentarse los unos a los otros para acaparar una mayor cuota de mercado. Los compradores tienen incluso mayor poder en el caso de los sectores que ofrecen productos genéricos.
- Los compradores tienen pocos costos de cambio. Los costos de cambio atan al comprador a un vendedor. En cambio, el poder del comprador se eleva si el vendedor se enfrenta a altos costos de cambio.
- Los compradores obtienen pocos beneficios. Unos bajos beneficios reducidos crean presión para intentar rebajar los costos de compra. Por otro lado, los compradores que obtienen altos beneficios son generalmente menos sensibles al precio.
- Calidad del producto del comprador. Cuando la calidad del producto que ofrece el cliente está directamente relacionada con la calidad de sus proveedores, las

presiones en el precio del producto suelen ser menores porque el cliente valora más la calidad. (Altair, 2005, 44).

El poder de negociación de los proveedores: Según el proyecto de investigación de Altair 2005, los proveedores pueden ejercer una notable influencia en un sector presionando en una subida del precio, en el tiempo de entrega o en la calidad de los productos, y de esta manera exprimir la rentabilidad de un sector. Por ello, es de vital importancia examinar qué papel juegan dentro del sector. Un grupo de proveedores tiene poder de negociación cuando se dan las siguientes condiciones:

- Existe un número reducido de proveedores o se encuentran concentrados en grandes grupos. Los proveedores, cuando son escasos o están unidos en asociaciones o consorcios, pueden fijar los precios con un mayor poder porque la oferta es limitada y está muy controlada por un determinado grupo de proveedores.
- Importancia del sector para el proveedor. Si para los proveedores, el sector en el que opera la empresa no es estratégico significa que no tienen excesiva dependencia de las ventas en el mismo y, por lo tanto, su poder de fijación de precios es mayor.
- Importancia del producto. Si el producto del proveedor es indispensable en la producción de la empresa, el poder del proveedor se incrementa, dado que la empresa no puede producir en su ausencia.
- Diferenciación del producto. Si los proveedores compiten en base a la diferenciación del producto, aquellos proveedores que hayan logrado un producto de mayor calidad podrán ejercer más presión en el mercado a la hora de vender sus productos.

- Amenaza de los proveedores de integración hacia delante. Si la amenaza de integración hacia adelante por parte de los proveedores es importante, éstos podrán ejercer una mayor presión en el mercado porque pueden acaparar cuota de mercado en detrimento de la de sus clientes (Altair, 2005, 45).

Productos sustitutos: De acuerdo con Altair 2005, dentro de un sector no sólo tiene relevancia la actuación de los elementos actuales, sino que la posible sustitución de los mismos por otros de características más o menos parecidas producidos en otros sectores puede cambiar el devenir del mismo sector en un plazo muy corto de tiempo. Todas las empresas de un sector compiten con otros sectores que producen productos y servicios sustitutivos. En ese sentido los productos y servicios sustitutivos limitan el beneficio potencial de un sector al establecer un tope en los precios que las empresas de ese sector pueden cargar provechosamente, y en cuanto más atractiva sea la relación calidad/precio de los productos sustitutivos, más bajo será el tope de la rentabilidad del sector. Identificar productos sustitutivos implica buscar otros productos o servicios que puedan desempeñar la misma función que la oferta del sector. Para ello, es necesario estar atento a las tendencias del mercado y prever lo mejor posible los cambios que pueden acontecer (Altair, 2005, 46).

Rivalidad entre competidores: En base al proyecto de investigación de Altair 2005, la rivalidad entre competidores actuales se detecta por la existencia de maniobras competitivas para hacerse con una posición en el mercado. Las empresas usan tácticas como las guerras de precios, las guerras publicitarias, los lanzamientos de productos o el incremento de servicios y garantías para los consumidores. La rivalidad se da cuando los competidores sienten la presión o actúan con arreglo a una oportunidad para mejorar su

posición. La intensidad de la rivalidad que hay entre los diferentes competidores condiciona en gran medida la salud de la que goza un sector y claramente lo hace atractivo o no según el caso, es por ello por lo que hay que intentar descubrir los entresijos de la competencia que exista en el sector.

La rivalidad entre competidores es mayor cuando se dan las siguientes condiciones:

- ❖ Existe un gran número de competidores de tamaño similar en el mercado.
Cuando se trata de un sector donde hay muchas empresas, en este entorno la inestabilidad surge de la batalla entre empresas que poseen recursos para mantener la lucha. Las empresas compiten en el mercado utilizan hoy fundamentalmente el precio, la calidad del servicio y la imagen para incrementar su cuota en el mercado.
- ❖ Los competidores ofrecen un producto similar poco diferenciado. Cuando los compradores no aprecian la diferenciación de los productos del mercado, la competencia se hará en base a precio y, por lo tanto, será mayor.
- ❖ La competencia en el sector es desleal y existen grandes presiones que ejercen los competidores para ganar cuota en el mercado.
- ❖ Las barreras de salida existentes condicionan a la permanencia en el sector de empresas que no obtienen la rentabilidad esperada.
- ❖ Se trata de un sector que atraviesa en el ciclo económico del producto la etapa de madurez caracterizada por un exceso de capacidad productiva en el mercado, lo que conduce a fuertes guerras de precios entre los competidores (Altair, 2005, 46).

2.3.3 Perfil De Capacidad Interna (PCI): Es una herramienta para evaluar las fortalezas y debilidades de la empresa en relación con las oportunidades y amenazas que se presentan en el medio externo. Es una forma de realizar un diagnóstico estratégico en una organización, involucrando todos los factores que afectan el funcionamiento de la compañía. En ese sentido el PCI, examina cinco categorías: la capacidad directiva, la capacidad competitiva, la capacidad financiera, la capacidad tecnológica y la capacidad del talento humano. Cada una de estas categorías se clasifican en fortalezas o debilidades según corresponda, y se determina el grado de impacto en el escala Alto-Medio-Bajo. (Serna, 2008, 185.)

Dentro de este marco se debe señalar, que cada categoría tiene sus componentes o factores propios, que son determinados de acuerdo a las características propias de la empresa y a conformación de grupos estratégico que se plantean para realizar del diagnóstico corporativo. En ese contexto los grupos estratégicos se conforman de acuerdo con la estructura organizacional o funcional, la experiencia demuestra en que entre más amplia es la participación mayor es la integración y el compromiso con el diagnóstico y el plan estratégico de la compañía. (Serna, 2008, 186).

2.3.4 El análisis DOFA: Es una herramienta que permite conocer y evaluar las condiciones de operación reales de una organización, a partir del análisis de las siguientes variables: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, esto con el fin de proponer acciones y estrategias para el beneficio de la organización. En ese sentido el análisis DOFA permite la recopilación y uso de datos que dan a conocer el perfil de operación de una

empresa en un momento dado, y de esta forma establecer un diagnostico objetivo para el diseño e implementación de estrategias para mejorar la competitividad de una organización.

En efecto el resultado inmediato del análisis DOFA, es un diagnóstico de la situación actual del entorno interno y externo de una organización. En ese contexto se establece que las oportunidades y las amenazas son elementos externos a la organización, ya que esta no puede controlar ni modificar pero sí aprovechar o manejar. En tanto que las fortalezas y las debilidades, son factores internos que la organización si contrala, ya que dependen de esta.

Dado lo anterior, es procedente definir las variables del análisis DOFA para una mayor contextualización.

Fortalezas: Son las características y capacidades internas de la organización que le han permitido llegar al nivel actual de éxito y lo que le distingue de la competencia. La organización tiene control sobre ellas y son relevantes. Algunos ejemplos son el posicionamiento en el mercado, la porción de mercado, exclusividad de un producto de punto, recursos humanos leales y motivados, salarios competitivos, estilo gerencial exitoso, proceso de producción, capital de trabajo entre otros. (Orlich, 2013,1)

Debilidades: Son las características y capacidades internas de la organización que no están en el punto que debieran para contribuir al éxito y más bien provocan situaciones desfavorables. Al igual que las fortalezas, la organización tiene control sobre ellas y son

relevantes. Al igual que las fortalezas estas pueden manifestarse a través de los recursos, habilidades, tecnología, productos, imagen, etc. (Orlich, 2013,1)

Oportunidades: Son aquellas circunstancias del entorno que son potencialmente favorables para la organización y pueden ser cambios o tendencias que se detecten y que pueden ser utilizados ventajosamente para alcanzar o superar los objetivos. Las oportunidades pueden presentarse en cualquier ámbito, como el político, económico, social, tecnológico, etc. Dependiendo de la naturaleza de la organización, pero en general, se relacionan principalmente con el aspecto mercado de una empresa (Ramírez, 2009, 3).

Amenazas: Son factores del entorno que resultan en circunstancias adversas que ponen en riesgo el alcanzar los objetivos establecidos, pueden ser cambios o tendencias que se presentan repentinamente o de manera paulatina, las cuales crean una condición de incertidumbre e inestabilidad en donde la empresa tiene muy poca o nula influencia, las amenazas también, pueden aparecer en cualquier sector como la tecnología, competencia agresiva, productos nuevos más baratos, restricciones gubernamentales, impuestos, inflación, etc. La responsabilidad con respecto a las amenazas, está en reconocer de manera oportuna aquellas situaciones que signifiquen riesgo para la rentabilidad y la posición futura de la organización (Ramírez, 2009, 3).

Es necesario mencionar algunas consideraciones, que se deben tomar en cuenta para el desarrollo del análisis DOFA, estas se presentan a continuación:

- Antes de establecer los criterios del análisis es preciso identificar y coleccionar ciertos elementos de la estructura de la organización que servirán de base para asegurar la

congruencia del mismo, tales como la visión y misión, el objetivo general, el organigrama funcional.

- Los criterios establecidos deben ser consistentes, es decir no se deben modificar en el proceso porque invalida el resultado del diagnóstico.
- Para cada criterio establecido, se debe hacer análisis de las cuatro variables (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas), es decir no deben quedar variables sin que tengan estos elementos. Suele suceder, que, algunas veces quienes realizan el análisis, buscan guardar una imagen institucional a conveniencia, o no quieren herir susceptibilidades y por tanto omiten opiniones o juicios que no se apegan a la realidad, como por ejemplo, no reconocer debilidades o tratar de minimizar las amenazas, lo que se traduce en una falsa idea de la organización que limita un diagnóstico y evaluación seria, y tampoco contribuye a corregir errores o al desarrollo de estrategias.
- El análisis debe ser realizado en un período razonable y definido, dado que, la dinámica administrativa puede convertir en poco oportuna u obsoleta mucha información que se obtenga, lo que puede suceder si el estudio se dilata demasiado.
- El informe final del análisis debe ser estructurado de tal forma, que demuestre en forma profesional un diagnóstico apropiado, que contenga los elementos tangibles que permitan establecer propuestas para elaborar estrategias, es decir, que sea un documento de trabajo útil para la planeación y administración estratégica y no solamente un requisito obligatorio o formalidad, dentro de un plan que no tenga mayor impacto en el desarrollo de éste (Ramírez, 2009, 3).

El procedimiento para el desarrollo del análisis DOFA, se centra en los siguientes pasos:

1. Identificación de los criterios de análisis
2. Determinación de las condiciones reales de actuación en relación a las variables internas y externas del análisis
3. Asignación de una ponderación para cada una de las fortalezas, oportunidad, debilidades y amenazas.
4. Calculo de los resultados
5. Determinación del balance estratégico
6. Gráficas y análisis de los resultados
7. Conclusiones (Ramírez, 2009, 4).

2.4 Antecedentes del Balanced Scorecard en Instituciones de Salud

Para el presente proyecto de investigación, se tomaron como antecedentes cuatro experiencias realizadas sobre la construcción de cuadros de mando integral en instituciones de salud, esto se debe a que estos casos, abordaron no solamente la realización del Balanced Scorecard, sino también ejecutaron de forma preliminar un diagnóstico para conocer la situación real de la respectiva institución.

Además dichos antecedentes, plantearon reuniones y sesiones con el personal de la institución para abordar políticas, estrategias y acciones concretas para fortalecer y desarrollar el cuadro de mando integral, el cual se diseñó para que hiciera parte del plan institucional, y de esta forma dar visibilidad y posicionamiento a la implementación del sistema de gestión. En ese sentido las experiencias que se presentan a continuación,

constituyen antecedentes para la elaboración de Balanced Scorecard eficientes e idóneos para instituciones de salud.

2.4.1 El Balanced Scorecard y el Hospital Nacional Cayetano Heredia: El Hospital de alta complejidad, ubicado en Lima, Perú. El ejercicio del Balanced Scorecard para el hospital fue un proyecto de investigación adelantado por personal administrativo de la institución. Dado lo anterior, la implementación del Cuadro de Mando Integral inicia año 2008, con el objetivo de evaluar la utilidad del Balanced Scorecard en la ejecución del plan estratégico del hospital, así como identificar los alcances en la gestión financiera y sanitaria y su impacto en la cultura de gestión por resultado en los jefes de unidades orgánicas.

Los autores concluyen que la implementación del CMI permitió mejorar el control de la gestión y facilitó el monitoreo del PEI. En ese sentido el Balanced Scorecard es una herramienta para medir las actividades de una institución en término de su visión y estrategia, proporcionando a los directivos una mirada global del negocio. El estudio concluye también que para el caso del Hospital Nacional Cayetano Heredia de Perú, fue útil implementar el Balanced Scorecard como instrumento de seguimiento y control de la ejecución del Plan Estratégico Institucional.

2.4.2 El Balanced Scorecard y el Hospital de la Ceja: Como segundo antecedente se dispone del Plan de desarrollo 2008-2012 del Hospital de la Ceja, Antioquia, un proyecto en el cual se utilizaron enfoques de planeación estratégica y de gestión para llegar a construir el Cuadro de Mando Integral, logrando alinear propósitos de corto, mediano y

largo plazo, mediante perspectivas de aprendizaje e innovación, procesos internos, cliente, finanzas e impacto.

Dentro de la metodología del plan de desarrollo del Hospital de la Ceja, se realizó un análisis del contexto desde lo internacional hasta lo local, estableciendo las variables que impactan positiva o negativamente en el desarrollo de la organización, también se realizó un análisis estratégico que permitió ajustar la plataforma filosófica mediante la redefinición de principios institucionales y de esta forma se formuló una nueva plataforma estratégica para el período de gestión a través de la visión, misión, objetivos y mapa estratégico.

En ese contexto, se plantea en el plan de desarrollo 2008-2012, el diseño del Balanced Scorecard para el Hospital la Ceja de Antioquia, con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios para el bien de los usuarios y así contribuir a mejorar la calidad de vida de la población y posicionar el hospital como un patrimonio de la comunidad. El Cuadro de Mando Integral establecido es el siguiente:

2.4.3 El Balanced Scorecard y el Instituto Neumológico del Oriente: El tercer antecedente es un trabajo de grado de la Universidad Industrial de Santander, realizado por Hugo Galvis Pinzón, para optar el título de ingeniero industrial, el objetivo del trabajo de grado fue el diseño de un sistema de indicadores de gestión basado en la metodología del Cuadro de Mando Integral, que permitiera visualizar el desarrollo y cumplimiento de la estrategia formulada para el Instituto Neumológico del Oriente. La metodología empleada para elaborar el diseño de esta herramienta gerencial inicia con la presentación del Instituto Neumológico del Oriente, destacando el portafolio de servicios ofertado, la estructura

organizacional de la institución, misión, visión y realizando una breve reseña histórica del instituto.

Para el diseño del sistema de indicadores en el proyecto de grado de la UIS, se realizó un análisis externo que permitió identificar las principales amenazas y oportunidades del medio, llegando a la construcción de una matriz DOFA y culminando con la identificación de los factores críticos de éxito.

El proyecto concluye que por medio del sistema de indicadores, será posible obtener información importante y periódico de los objetivos estratégicos y de la efectividad de las iniciativas planteadas. Lo anterior facilitar la toma de decisiones en pro del mejoramiento continuo, permitiendo una gestión más eficaz de la institución (Galvis, 2010, 248).

2.4.4 El Balanced Scorecard y la Fundación Hospital San José de Buga: Como cuarto antecedente se dispone del diseño de un Cuadro de Mando Integral para la Fundación Hospital San José de Buga (FHSJB), un proyecto grado de maestría en administración de la Universidad ICESI de Cali. En ese sentido el objetivo del proyecto fue desarrollar un Balanced Scorecard para FHSJB, el cual le permitiría enfrentar los cambios permanentes del entorno, focalizando los esfuerzos no sólo en la calidad asistencial, sino también en la estabilidad financiera.

Los autores del proyecto de grado expresan que ante la entrada en vigencia de la ley 100 del año 1993, la FHSJB fue una de las instituciones prestadoras de servicios de salud que no planteo alternativas para enfrentar este cambio de entorno legal, situación que la llevo a una de las más grandes crisis financieras de su historia, agudizándose en el 1999 y

obligándola a acogerse a la figura de concordato, la cual se encuentra vigente hasta el año 2012 (Guañarita & Prado, 2012, 13).

Para finalizar, el proyecto de grado de la Universidad de ICESI, concluye que el Cuadro de Mando Integral permite integrar esfuerzos, ofreciendo un marco metodológico para ejecutar las líneas estratégicas de la organización en un proceso continuo de retroalimentación y aprendizaje, integrando y potencializando los activos tangibles e intangibles como soporte fundamental en la generación de valor para todas las partes interesadas y en la implementación de la estrategia y en el seguimiento continuo de la misma, para reaccionar proactivamente ante los cambios del entorno (Guañarita & Prado, 2012, 42).

2.4.5 El Balanced Scorecard y el CDI S.A: Como quinto antecedente se incluye el proyecto de grado realizado en C.D.I, titulado Diseño de sistema gerencial estratégico para la empresa de salud CDI S.A, propuesta de trabajo de aplicación presentada como requisito para optar al título de Especialista en Alta Gerencia de la Universidad Industrial de Santander. Para la realización de este trabajo se partió de la necesidad de la empresa de contar con un sistema gerencial estratégico como herramienta para maximizar su valor y aumentar la participación en el mercado. Se realizó una aproximación a un cuadro de mando integral el cual servirá como referente para el desarrollo del presente trabajo que será complemento para la formulación de estrategias e indicadores como herramientas gerenciales para la toma de decisiones oportunas con base en el seguimiento a los objetivos propuestos.

La implementación del trabajo realizado no se ha iniciado debido al corto tiempo transcurrido desde su terminación. Se espera dar inicio a este proceso luego de la terminación del presente trabajo con el propósito de que las estrategias, objetivos e indicadores sean un complemento a los resultados alcanzados.

3. Tendencias del Cuadro de Mando Integral En Salud

3.1 Consulta de base de datos

Para la realización del análisis de tendencias de Cuadro de Mando Integral en el sector de salud, se hizo búsqueda en las siguientes bases de datos: Academic Search Complete-EBSCO, CIRRIE (Center For International Rehabilitation Research Information & Exchange) y Scopus, con el fin de obtener información sobre el diseño e implementación de Cuadro de Mando Integral en la salud. De acuerdo con lo anterior, se elaboró un análisis donde se abordan las principales características y tendencias de los Balanced Scorecard, hallados.

3.2 Tendencias del CMI en el sector de la Salud

Cada vez son más las empresas que incursionan en la elaboración del cuadro de mando integral para consecución de sus objetivos y visión propuestos, esta realidad no es ajena en las instituciones de salud. Una de las experiencias internacionales pioneras en la utilización del Cuadro de Mando Integral (CMI) a gran escala, fue la liderada por la Asociación de Hospitales de Ontario en Canadá. Junto con el Ministerio de Sanidad y Cuidados de Larga Duración, decidió adoptar el CMI como herramienta de evaluación del desempeño de los 89 hospitales de la región, lo que permitió al sistema de Hospitales de Ontario, desarrollar un sistema de gestión y de evaluación y de esta forma constituir una red de hospitales eficientes y competitivos.

Dentro de este marco ha de considerarse, la dinámica de que se está llevando a cabo en España, donde se ha avanzado en la incorporación de sistemas de medición y desempeño. Actualmente, todos los servicios regionales de salud de las comunidades autónomas han desarrollado sistemas de medición del desempeño, basados en indicadores de costos, actividades y de calidad. En consecuencia la red de hospitales han implementado el modelo del CMI, en ese contexto cabe destacar en primer lugar, el Plan Estratégico de Osakidetza 2003-2007 que fijaba como objetivo que todas las organizaciones de servicios de Osakidetza contaran con un plan estratégico y un CMI al final de ese periodo.

Por su parte, la Agencia de Salud de Valencia, presentó su primer plan estratégico en enero de 2006. En este plan se establecen varios puntos, entre ellos la participación de los profesionales en su elaboración, la adopción del CMI y el mapa estratégico como instrumentos para orientar el plan estratégico a la implantación y el seguimiento del desempeño, y la alineación entre la Agencia de Salud de Valencia y los departamentos de salud mediante un proceso de derivación del plan estratégico a cada uno de los 22 departamentos de salud (Bisbe & Barrubés, 2012). En ese sentido España, ha avanzado en la incorporación de sistemas de medición y desempeño. Actualmente, todos los servicios regionales de salud de las comunidades autónomas han desarrollado sistemas de medición del desempeño, basados en indicadores de costos, actividades y de calidad.

Conviene sin embargo resaltar la importancia del CMI en las organizaciones, en ese sentido los autores Josep Bisbe y Joan Barrubés en su investigación titulada “El cuadro de mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias” destacan cuatro hábitos que distinguen a las organización

sanitarias más exitosas y que obtienen mejores resultados: a) la planificación de objetivos y sus medios para alcanzarlos; b) el diseño de la organización, sus políticas y las infraestructuras físicas y tecnológicas; c) la medición y el seguimiento de resultados, y d) la revisión continua de las prácticas clínicas respecto a la evidencia científica disponible.

Cabe señalar además que en este estudio, se indica que la mayor parte de las estrategias fracasan no es por el hecho de estar mal formuladas o planificadas, sino por el hecho estar mal implementadas. En otras palabras, es importante que las organizaciones inviertan recursos y talento a una cuidadosa planificación estratégica, a su vez tanto o más importante es que las organizaciones dediquen atención a asegurar que su ejecución y su implementación se llevan a cabo de manera adecuada. En este sentido, y al menos en organizaciones a partir de un tamaño y una complejidad mínimas, los sistemas formales de medición y seguimiento de resultados son fundamentales para guiar y poner a prueba dicha implementación. (Bisbe & Barrubés, 2012).

La tendencia observada en el diseño de los CMI de empresas de Estados Unidos y España es que no predomina ninguna perspectiva sobre las demás, en otras palabras la tendencia en estos países es la realización de Cuadros de Mando Integral, donde cada perspectiva tiene igual relevancia, y ninguna ejerce una mayor importancia sobre las demás. De igual forma, se evidencia una tendencia de construir cuadros de mando donde dominan los indicadores financieros y operativos, en ese sentido la tendencia en estos países es la constante cuantificación de los procesos en el interior de las organizaciones, lo anterior con el objetivo de conocer y concretar herramientas para las actividades de planificación en las instituciones de salud.

Cabe señalar que estos países constituyeron la vanguardia en la realización de los Cuadros de Mando Integral, en ese contexto se observa que para estos primeros casos, no es común el diseño de mapas estratégicos, ya que estos cobran relevancia ya para el último decenio. En ese sentido, actualmente la tendencia es elaborar mapas estratégicos con el fin de diseñar Balanced Scorecard más eficientes.

En Latinoamérica a partir experiencias exitosas de implementación de CMI, como la efectuada en el Hospital Público de Pediatría Garrahan, en Buenos Aires, Argentina, y en el Hospital San José, en Santiago de Chile y el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Perú, se evidencia que los Cuadros de Mando Integral implementados apuntan en gran medida a mejorar la calidad y los servicios ofrecidos a los usuarios.

En ese contexto se observa que la tendencia de las instituciones de salud en la perspectiva de aprendizaje y desarrollo, es estandarizar y optimizar los sistemas de información y además, buscan aumentar el compromiso, la motivación y la eficiencia laboral. Para tal fin, es común que acudan a la creación de equipos de gestión y calidad, para dar cumplimiento a las metas trazadas en dicha perspectivas.

En cuanto a la perspectiva de procesos internos, la tendencia en las instituciones de salud es el control de los procesos, y de igual forma la optimización de los recursos, en consecuencia, para alcanzar estos objetivos acuden a la creación de guías clínicas para fortalecer los procesos de calidad, en el interior de las instituciones.

Por otra lado, en la perspectiva financiera, es frecuente que las instituciones de salud establezcan como objetivo estratégico el control presupuestario, como norma para garantizar la sostenibilidad y la viabilidad económica de la institución.

Finalmente en la perspectiva clientes, de acuerdo con las anteriores instituciones de salud, se observa como objetivo estratégico la satisfacción de la demanda y la creación de valor agregado para los usuarios, en ese sentido es frecuente que se estipule la articulación de una red asistencial que brinde, una atención con altos niveles de calidad y dignidad para todos los usuarios.

Al respecto conviene decir además, que en los casos de Latinoamérica se evidencia una tendencia por priorizar los procesos internos, básicamente se observa una tendencia por diseñar políticas y estrategias, para obtener mejores niveles de calidad en las instituciones de salud. Por otro lado, también se evidencia una tendencia en la construcción de mapas estratégicos donde se busca estructurar, las interrelaciones entre las cuatro perspectivas del Cuadro de Mando Integral, de esta forma lograr una mayor eficacia e integración para su implementación en el interior de las instituciones.

En el ámbito nacional, se destacan las experiencias realizadas en el Hospital de la Ceja, Antioquia, la Fundación Hospital San José de Buga, Valle del Cauca, y el Instituto Neumológico del Oriente, Santander. Estos casos se caracterizan por el hecho de haber realizado como primera medida, un diagnóstico de cada institución, y de esta forma conocer las fortalezas, las oportunidades, las debilidades y las amenazas de cada una. Es

común la tendencia a incluir el CMI dentro de los planes de desarrollo institucional y de esta manera se constituye en una política interna.

En lo referente a la perspectiva de aprendizaje y crecimiento, se encuentra se tiende a mejorar el ambiente laboral y también el objetivo, de asumir una mayor responsabilidad social empresarial, con el fin de lograr un mayor impacto y reconocimiento en el entorno donde operan las instituciones de salud. Por otra parte, en cuanto a la perspectiva financiera, se resalta constantemente el objetivo de mejorar el equilibrio financiero mediante la gestión de venta de servicios, alianzas estratégicas y la disminución de costos, asegurando de esta forma la sostenibilidad de la empresa.

Con respecto a la perspectiva clientes, es frecuente el objetivo de la fidelización del cliente y sus familias, para lo cual se establece posicionar el portafolio de servicios por medio de políticas de calidad. En la perspectiva de procesos internos, se evidencia que los Cuadros de Mando de Integral en dichas organización de salud, apuntan a aumentar la competitividad, por medio del desarrollo de modelos de atención, el fortalecimiento de un sistema integrado de calidad, control interno y la eficiencia operativa.

En conclusión a nivel nacional se observa que la tendencia en el diseño de los Cuadros de Mando Integral, es resaltar la perspectiva clientes, concretamente establecen como estrategia fundamental la fidelización del mismo. Esta situación se explica en gran parte por el auge de esta estrategia en el mundo empresarial, cada vez las empresas se preocupan por conocer y satisfacer las necesidades, las preferencias y gustos de los clientes, y a su vez por establecer una relación directa con sus clientes.

En ese contexto anteriormente se buscaba era aumentar el número de clientes, dejando a un lado las preferencias e inquietudes de los mismos, hoy se busca es crear una relación de fidelidad. De acuerdo con lo anterior, se observa una tendencia en Colombia en construir Balanced Scorecard, enfocados en la satisfacción de las necesidades y las preferencias de los clientes.

Por último es necesario recalcar que las organizaciones dedicadas a la salud, enfrentan situaciones cambiantes, dadas las continuas exigencias técnicas y el nivel de calidad creciente demandado por los usuarios, en ese contexto, los equipos directivos no deben buscar en el CMI una respuesta predeterminada, sino un esquema que permita determinar cuál es el modelo de negocio o de actividad de la organización. Ha de considerarse, que cada Cuadro de Mando Integral es único, puesto que refleja la idiosincrasia y el enfoque estratégico de cada organización.

4. Diseño Metodológico

4.1 Tipificación la Investigación

El presente es un estudio de tipo No experimental, Transeccional Descriptivo, en el cual se formularon estrategias, indicadores y metas, para la construcción del cuadro de mando integral del Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas.

4.2 Técnicas de Recolección de Información

4.2.1 Reuniones con personal administrativo: Mediante estas reuniones con personal administrativo de las diferentes áreas que componen la empresa se hizo lluvia de ideas.

Las variables sobre las cuales se recogió la información son los factores económicos, políticos, sociales y tecnológicos, los cuales fueron clasificados como oportunidades o amenazas usando una tabla con las 4 dimensiones dentro de las cuales se identificaron factores que influían en la empresa.

4.2.2 Consulta en bases de datos: Para el análisis de las tendencias del BSC en instituciones de salud.

4.3 Diseño de la Investigación

El desarrollo metodológico de la presente investigación se fundamentó en la construcción de un Cuadro Mando Integral para el Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas C.D.I S.A mediante el desarrollo de 5 pasos principales:

1. Diagnóstico: Para conocer el estado actual de la IPS. Se analizaron variables del entorno externo e interno con la ayuda de análisis PEST, análisis de las cinco fuerzas de Porter, Perfil de capacidad Interna (PCI) y matriz DOFA, como herramientas teóricas y modelos que dan a conocer las características competitivas de las empresas y del medio donde se desenvuelven.

2. Análisis y rediseño de Marco Estratégico: Revisión del marco estratégico actual de la organización para rediseñarlo acorde a las estrategias que se quieren formular.

4. Elaboración del Mapa estratégico: El cual proporciona una visión macro de la estrategia de la organización, proporcionando un lenguaje gráfico que describe la estrategia para la IPS.

5. Construcción del Balanced Scorecard: Finalmente con el diagnóstico propuesto, y el mapa estratégico, se construyó el Balanced Scorecard para el Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas C.D.I S.A. A continuación se presenta un esquema grafico del desarrollo metodológico del proyecto.

Esquema de la metodología de investigación

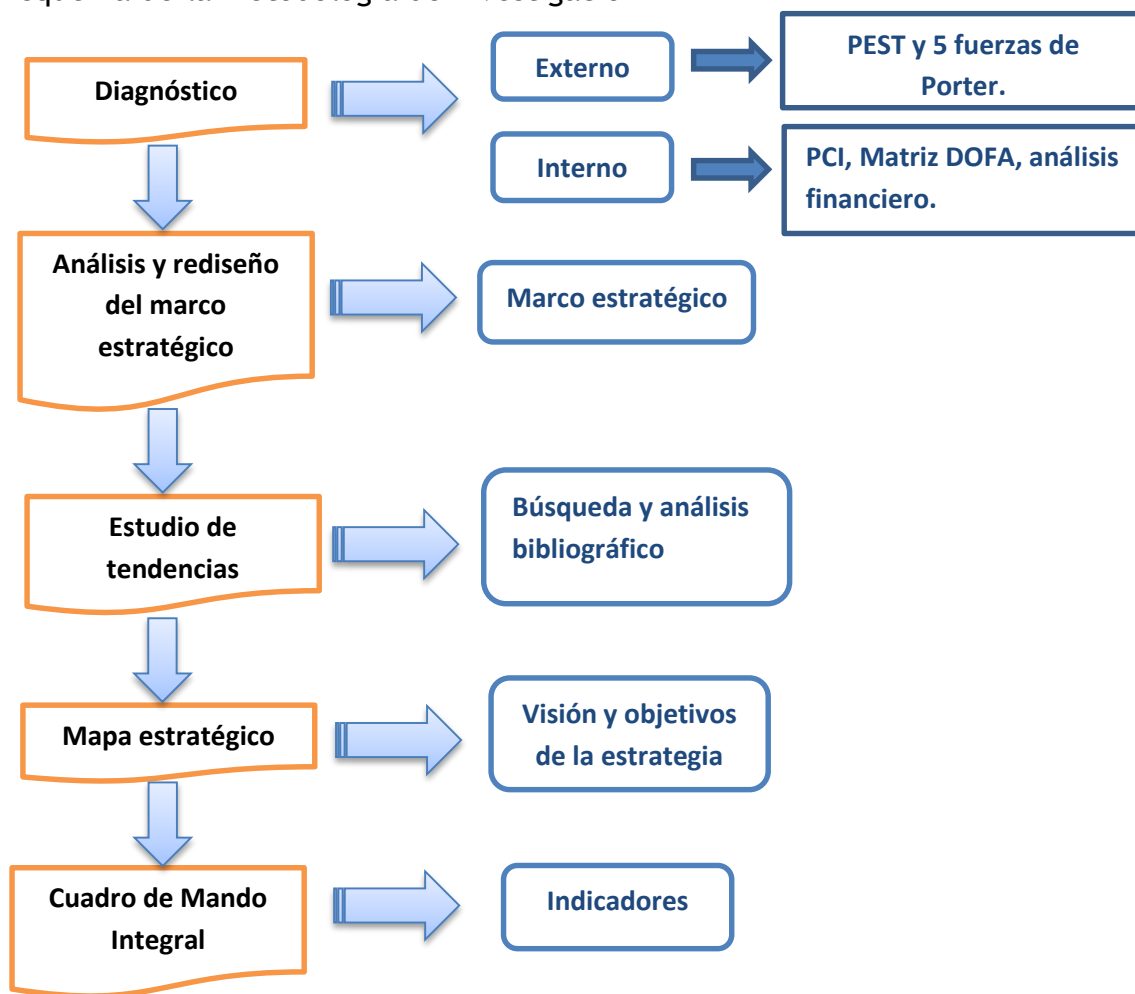


Figura 12. Esquema de la metodología de investigación, Elaboración propia. 2015

4.4 Cronograma

Tabla 2.

Cronograma

ACTIVIDAD	Abril				Mayo				Junio				Julio			
SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Entrega, correcciones y aprobación del protocolo																
Diagnóstico de entorno interno y externo																
Diseño de mapa estratégico y construcción de BSC																
Presentación del documento final																
Correcciones y sustentación																

Nota: Cronograma del proyecto, elaboración propia. 2015

4.5 Presupuesto

Tabla 3.

Presupuesto

CONCEPTO	VALOR
Mano de obra	\$ 4.000.000
Bibliografías	\$ 600.000
Memorias	\$ 500.000
Fotocopias	\$ 300.000
Impresiones	\$ 300.000
Elaboración de base de datos	\$ 800.000
Gastos de transporte	\$ 200.000
TOTAL	\$ 6.700.000

Nota: Presupuesto del proyecto, elaboración propia. 2015

5. Resultados

5.1 Diagnóstico

5.1.1 Análisis del Entorno Externo e Interno Del C.D.I: De acuerdo a la metodología propuesta, para la realización del diagnóstico del entorno externo e interno del Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas C.D.I S.A, se elaboró un análisis PEST, análisis de las cinco fuerzas de Porter, un análisis del Perfil de Capacidad Interna (PCI), y por último una matriz DOFA. Esta metodología tiene como objetivo examinar las características externas e internas de la compañía, las amenazas y los retos que enfrenta y a su vez brinda información sobre posibilidades de crecimiento de la organización.

5.1.1.1 Análisis Externo

ANÁLISIS PEST: En este diagnóstico participó el personal de la empresa con funciones de coordinación en las áreas de Atención Integral, Programas Médicos, Laboratorio Clínico, Mercadeo y Calidad. En ese contexto, el equipo de trabajo definió los criterios a valorar dentro de cada uno de estos factores, de acuerdo a si constituyen una oportunidad o amenaza, y a su vez se definió el grado de impacto de cada factor.

Tabla 4.
Análisis PEST

Factores	Amenaza			Oportunidad			Impacto		
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Políticos – Legales									
Normatividad aplicable a IPS y Centro de Investigación	x						x		
Económicos									
Número de afiliados al régimen de salud de Santander				x			x		
Número de entidades promotoras de salud con presencia en la región					x			x	
Posibilidad de alianzas con instituciones de salud y centros de Investigación				x			x		
Alto costo de la infección por VIH		x						x	
Sociales									
Presencia de enfermedades infecciosas en la población				x			x		
Campañas de prevención de enfermedades infecciosas					x			x	
Tecnológicos									
Oferta de equipos biomédicos					x			x	
Disponibilidad de tecnologías de la información y comunicación (TIC'S)					x			x	

Nota: C.D.I, elaboración propia. 2015

Factores Políticos:

Conforme al artículo 185 de la Ley 100 de 1993 se establece “Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.” (Hoy Ministerio de la Protección Social), por tanto el riesgo de incumplir alguno de los requisitos constituye una amenaza de alto impacto para la institución teniendo en cuenta que puede acarrear sanciones económicas y el cierre de algunos servicios o de la IPS.

La normatividad aplicable es ampliada en el análisis de las 5 fuerzas de Porter como una barrera de entrada para competidores potenciales.

Factores Económicos:

Número de afiliados al régimen de salud de Santander: De acuerdo a lo publicado en el informe de la situación de VIH/SIDA del año 2014, en el reporte de la cuenta de alto costo (CAC), la distribución de la población asegurada en Colombia, por régimen, de un total de 42.191.547 personas, con fecha de corte al 31 de enero del 2014 es de 53.68% en el régimen subsidiado y 46.32%, en el contributivo. En el departamento de Santander, la distribución muestra que del 45-65% de la población pertenece al régimen subsidiado y más del 45% al régimen contributivo, lo cual guarda relación con lo registrado a nivel nacional y ubica a Santander como un departamento con una cobertura en salud del 91.37% calculada a partir del número de afiliados registrados en la Base de datos Única de Afiliados (BDUA).

La población objeto de CDI para la atención, son las PVVIH, y de acuerdo al reporte de la CAC, en Colombia, para enero del 2014 era de 53.408 casos, con 31.342 casos en el régimen contributivo que corresponde al 59% del aseguramiento, en el régimen subsidiado 21.066 casos correspondiendo a un 39%, en el régimen especial 0.01% y el de excepción 1.87%.

Las EPS que concentraron el mayor reporte de datos a nivel nacional fueron Saludcoop EPS con un 10.5% de los casos, la Nueva EPS con un 8.5%, Coomeva EPS con un 8% de los casos, Caprecom EPS con un 6.2%, Sura EPS con un 5.3%, Salud Total EPS con un 5.1 % de los casos, Savia Salud con el 4.2% y Famisanar EPS el 3.59% concentrando estas 8 entidades el 50% de los casos. En ese sentido representa un reto para la institución la atención de una mayor cantidad de usuarios pertenecientes a las EPS con mayor reporte de casos. Es ahí donde se considera esta variable como una oportunidad de alto impacto. .

Número de entidades promotoras de salud con presencia en la región: Al igual que el número de afiliados al Sistema de Seguridad Social en la ciudad, el número de Entidades Promotoras de Salud, representa una oportunidad, ya que sus afiliados VIH positivos son mercado potencial del programa de atención Integral de CDI. En la tabla 5 se presenta el número de usuarios de las EPS presentes en Bucaramanga, tanto de régimen contributivo como subsidiado, de acuerdo al informe de la Supersalud del año 2014. Se puede ver que las que tienen un mayor número de afiliados son las que concentraron también el mayor número de casos de PVVIH hasta el año 2014. Se puede ver en la misma tabla la rotación que han tenido los contratos entre CDI y algunas EPS, ya que la

permanencia de los mismos depende de varios factores los cuales serán analizados más adelante. Es importante señalar que CDI en su interés por aumentar el número de EPS clientes, es consciente de que hay algunas con las que no es posible establecer contratación debido a que tienen IPS propia para la atención de su población asegurada. Es el caso de Saludcoop, SaludVida y Cafesalud. Las demás, 7 en total: Coomeva, Salud total, Comparta, Suramericana, Salud Vida, Asmetsalud y Emdisalud, son clientes potenciales, las cuales representan oportunidad de crecimiento para el programa y la empresa, y de esta manera lograr su posicionamiento en el mercado.

Tabla 5.

Número de afiliados a nivel nacional de EPS presentes en Santander.

EPS	Número de Afiliados a Nivel Nacional	Contrato actual con CDI		Contrato anterior con CDI	
		SI	NO	SI	NO
SALUDCOOP	4.164.162		X		X
COOMEVA	2.957.208		X		X
NUEVA EPS	2.755.618	X			
SALUD TOTAL	2.144.120		X		X
FAMISANAR	1.581.000	X			
SURAMERICANA	1.960.080		X		X
SANITAS	1.302.774	X			
CAPRECOM	3.317.658		X	X	

COMPARTA	1.592.773		X	X	
ASMET SALUD	1.611.696		X	X	
SALUD VIDA	1.334.643		X	X	
EMDISALUD	490.825		X	X	
COOSALUD	1.400.000		X		X
CAFESALUD	698.540		X		X

Nota: Adaptado de Supersalud 2014, elaboración propia. 2015

Alto costo de la infección por VIH: Desde el advenimiento de la epidemia del VIH-SIDA, ésta sigue siendo un problema grave que impacta de manera importante las finanzas de los sistemas de Salud, afecta la calidad de vida del paciente y su familia, y puede llegar a tener repercusiones en su ámbito laboral. Según las estadísticas publicadas por el CDC (Sigla en inglés para Centros para el Control y prevención de Enfermedades), para el año 2013, cerca de 35 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo y se estima que 1.5 millones de personas murieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA en ese año. En Colombia, de acuerdo a lo publicado por el Fondo Colombiano de Enfermedades de alto Costo, a 31 de enero del año 2013, había un total de 46.348 personas viviendo con VIH, lo que representa una prevalencia en población general de 0,11% y en población de 15 a 49 años de 0,16%. La alta tasa de incidencia y prevalencia de esta enfermedad hace que sea una de las amenazas macroeconómicas más importantes para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y aunque éste prevé la atención de estos enfermos mediante el pago del 10% de la unidad de pago capitación UPC, existe el riesgo

de que en algún momento los recursos sean insuficientes para la adecuada atención de estos pacientes. Se estima que en los últimos años, el manejo del VIH / sida ha comprometido el 0,5% del gasto en salud del país y cerca del 1% del gasto en seguridad social en salud.

Posibilidad de alianzas con instituciones de salud y centros de Investigación:

Este factor fue considerado una oportunidad ya que es una posibilidad de la empresa para multiplicar sus operaciones, competir nacional e internacionalmente, hacer transferencia de tecnología, tanto con los servicios de la IPS como con el Centro de Investigación. Al complementarse con otras instituciones es posible multiplicar resultados, mejorar las ventajas competitivas, acceder a nuevos mercados, aumentar las ventas, crear barreras de entrada, y dar una mejor solución a las necesidades de los clientes. Hasta el momento CDI tiene una alianza estratégica con la Corporación para Investigaciones Biológicas CIB de Medellín, mediante la cual se ha hecho mercadeo conjunto para ofrecer los servicios del portafolio de ambas instituciones, permitiendo de esta manera poner a disposición de los clientes pruebas especializadas que no se realizan en la ciudad. Gracias a esta alianza se fortaleció la imagen de CDI entre los médicos dedicados al manejo de enfermedades infecciosas de la ciudad, se fortaleció ante otros laboratorios clínicos como laboratorio especializado en enfermedades infecciosas, se logró además capacitar talento humano de CDI en procedimientos para el estudio de micosis superficiales y profundas, los cuales se aplican actualmente en el laboratorio, también se aumentó el número de pruebas especializadas solicitadas y se espera que en un futuro cercano se implementen más pruebas que actualmente no se realizan debido a poca demanda.

Teniendo en cuenta estos resultados con la alianza establecida, es viable que se establezcan otras con instituciones especializadas que le permitan a CDI ampliar su portafolio de servicios y llegar a otros lugares del país. Para esto es necesario un análisis de las posibilidades existentes tanto para los servicios de salud como para trabajos de investigación.

Factores Sociales:

Presencia de enfermedades infecciosas en la población: Actualmente tiene especial importancia este tipo de enfermedades a nivel mundial debido a la aparición de nuevos agentes patógenos, cepas resistentes, aumento de la prevalencia, reemergencia de algunas enfermedades, etc. Este campo representa para el CDI una gran oportunidad de sostenibilidad y crecimiento ya que desde su creación la motivación principal de sus fundadores fue dar respuesta a las necesidades de la población en el diagnóstico y manejo de este tipo de patologías y así ha sido durante todos los años de existencia. En la actualidad, cuenta con reconocida experiencia en el manejo de VIH y tuberculosis, entre otras infecciones transmisibles como hepatitis y dengue. Sumado a lo anterior, desde la creación de su Centro de Investigación, se ha visto en las enfermedades infecciosas una gran oportunidad para aportar a la generación de nuevo conocimiento así como al desarrollo de nuevas vacunas y medicamentos. Es así como ha participado en estudios multicéntricos de investigación clínica para la evaluación de la vacuna contra Dengue y Clostridium. Y en el desarrollo de otros estudios para el tratamiento de diversas enfermedades infecciosas.

Campañas de prevención de enfermedades Infecciosas: La participación de la IPS en campañas de prevención de enfermedades infecciosas representa una oportunidad de intervención en la comunidad, como medio para darse a conocer y llegar a población general con otros servicios. Esto es posible gracias a que la IPS cuenta en su portafolio de servicios con Centro de Vacunación. En varias oportunidades ha hecho presencia en las campañas masivas de vacunación aplicando los biológicos del Plan ampliado de Inmunización PAI, el cual incluye Sarampión, Rubeola, Polio, Parotiditis, Tuberculosis, Hepatitis A, Hepatitis B, Rotavirus, Difteria, Tosferina, Tétanos, Influenza, Fiebre Amarilla y Neumococo. .

Factores tecnológicos:

Oferta de equipos biomédicos: Dado el rápido avance de la ciencia y la investigación en enfermedades infecciosas y de todo tipo, cada vez más se requiere de la incorporación de nuevas tecnologías que ayuden a generar resultados confiables. En este sentido existe variada oferta de sistemas automatizados altamente innovadores para la detección de virus y otros patógenos. Un ejemplo de lo anterior es la gama de los equipos ofrecidos por la multinacional Roche en su línea molecular, utilizan tecnologías que detectan directamente el material genético (DNA o RNA), de agentes infecciosos como VIH, Hepatitis, Mico bacterias, entre otros, los cuales permiten identificar y cuantificar las infecciones tempranamente. En otras áreas como la genómica y la proteómica, las cuales son ciencias que están cambiando nuestros conocimientos y el tratamiento de las enfermedades, también hay una línea variada de equipos biomédicos a disposición. Es clara

la oportunidad que representa para el CDI la adquisición de nuevas tecnologías para sus procesos de atención e investigación.

Disponibilidad de tecnologías de la información y comunicación (TIC'S): Estas tecnologías aplicadas a la salud tienen el potencial de llegar a ser una herramienta para enfrentar los diferentes desafíos que atraviesa el sector en la región. Ofrecen herramientas altamente beneficiosas en comparación con la provisión tradicional de los servicios de salud. (Mintic, Informe 2013). Abarcan actividades relacionadas con la atención, administración y educación en salud, ofreciendo oportunidades tanto para incrementar la cobertura como para mejorar la calidad de la atención, efectividad y la eficiencia del sistema de salud. Para CDI, la incorporación de estas tecnologías posibilitaría la creación de un portafolio de servicios en telemedicina, aportando al mejoramiento en el acceso de algunos usuarios a los servicios médicos, al sistema de información de usuarios, a la seguridad del paciente, posibilitaría al equipo interdisciplinario brindar educación, formación y divulgación de información de interés, contribuiría a la realización de interconsultas especializadas con mejor oportunidad de respuesta, disminución de desplazamientos innecesarios, optimización de costos, etc. Al respecto se cuenta con un ejemplo exitoso del uso de las TICs para la atención en salud en la región, la Fundación Cardiovascular; a través de lo cual pretende mantener y desarrollar una red de servicios de salud a nivel local, regional y nacional. Presta los servicios de Tele UCI y Tele básica. En Tele UCI, el médico Tele-Experto del centro de referencia accede al monitoreo de parámetros de signos vitales e historia clínica de pacientes transmitidos en tiempo real y en WEB, que son proporcionados por equipos móviles biomédicos de UCI. En tele Básica

ofrece servicios de Tele Electrocardiograma, Tele Consulta y Tele Radiología.. (Sánchez, 2014).

En el país varias instituciones han implementado con éxito esta herramienta, tal es el caso de La Fundación Santa Fe que ofrece este servicio a EPS e IPS, como el Hospital del Sur en Bogotá. Otro ejemplo exitoso es La Universidad de Caldas, que tiene el Centro de Innovación en Salud y presta servicios de tele dermatología a los hospitales de Caldas, adicionalmente tiene un convenio con Caprecom y la Universidad Nacional para la prestación de servicios de Tele medicina de baja complejidad. Otro ejemplo es la red ARTICA (Alianza Regional en TICs Aplicadas) que formuló y desarrolla un macro proyecto en Telesalud con la participación de la Universidad de Antioquia, Universidad Nacional de Medellín, Universidad Pontificia Bolivariana, EAFIT y UNE, tiene como objetivo la aplicación de las Tecnologías de Información y Comunicación en los diversos aspectos que afecten la salud de los ciudadanos. (Sánchez, 2014).

Como parte del diagnóstico del entorno externo del CDI, mediante el análisis PEST se evidenció que existen mayormente oportunidades en los diferentes factores analizados, considerándose de mayor importancia las relacionadas con los factores económicos y tecnológicos por cuanto el grupo de trabajo consideró que es necesario aumentar los usuarios atendidos para garantizar la supervivencia de la empresa en el tiempo, y un medio para lograrlo es el establecimiento de alianzas estratégicas con otras instituciones de salud y/o centros de Investigación. La adquisición de más y mejores equipos biomédicos y la incorporación de las TICs fortalecerían en gran medida los procesos de atención y salud y sería de gran aporte al desarrollo de los estudios de investigación clínica que se adelanten.

Análisis de las Cinco Fuerzas de Porter para el C.D.I S.A

El análisis de las Cinco Fuerzas de Porter de la compañía, aborda las características externas de la organización, específicamente las particularidades del sector económico donde se desenvuelve la empresa.

1. Barreras de entrada:

Cumplimiento de requisitos legales:

Normatividad vigente:

Res 226 de 2015: “Por medio de la cual se adiciona el numeral 2.2 del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado mediante la Resolución 2003 de 2014, en el sentido de establecer un trámite especial para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud”

Res 3678 de 2014: “Por la cual se modifica la Resolución 2003 de 2014.”

Res 2003 de 2014: “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”

Decreto 1011 de 2006: “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”

Res 4445 de 1996: “Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV ”: de la Ley 09 de 1979, en lo referente 3 las condiciones sanitarias que deben

cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas”

Decreto 1543 de 1997: “Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)”

Acuerdo 245 de 2003: Consejo Nacional De Seguridad Social En Salud “Por el cual se establece la política de atención integral de patologías de alto costo, para los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS.”

Res 3442 de 2006: “Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica”

Res 2378 del 2008: “Por la cual se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos”.

- Art 1. OBJETO “Adoptar oficialmente y con carácter obligatorio las Buenas Prácticas Clínicas para instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos contenidas en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución”

Res 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Decreto 1072 de 2015: “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo”

Decreto 4126 de 2005: “Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2676 de 2000, modificado por el Decreto 2763 de 2001 y el Decreto 1669 de 2002, sobre la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.”

Resolución 1362 de 2007:

“Por la cual se establece los requisitos y el procedimiento para el Registro de Generadores de Residuos o Desechos Peligrosos, a que hacen referencia los artículos 27º y 28º del Decreto 4741 del 30 de diciembre de 2005.”

Circular única 062 de 2010: Título XI CAPITULO INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

Inversión de capital: La inversión más fuerte se centra principalmente en 3 aspectos importantes, a saber:

- **Infraestructura:** Para el funcionamiento de una Institución Promotora de Salud que quiera entrar al mercado de la atención de enfermedades infecciosas y/o al área de investigación clínica es necesario hacer inversiones en infraestructura para garantizar un espacio físico adecuado, que cumpla con la normatividad vigente (Res 226 del 2015, Decreto 4126 de 2005, Res 2378 de 2008), no hay un mínimo inversión ya que va a depender de las adecuaciones necesarias para la prestación del servicio.

- **Tecnología:** Para la adecuada prestación del servicio también es necesario invertir capital en la adquisición de tecnología, hardware, software especializados, equipos biomédicos (dotación de consultorios), adquisición de equipos de laboratorio clínico, los cuales pueden representar la mayor inversión ya que aunque sus precios varían dependiendo del tamaño y complejidad de los mismos pueden estar entre 15.000.000 y 300.000.000. Una vez se tienen los equipos, es necesario invertir en la compra de reactivos para diagnóstico in vitro, y/o reactivos destinados a investigación.
- **Talento humano:** Para la prestación de los servicios de salud, atención integral de los usuarios y desarrollo de estudios de investigación, se requiere invertir en mano de obra especializada y experta cuyos salarios pueden estar en el rango de 2.000.000 hasta 7.000.000 de pesos.

Adquisición de tecnología: Esta barrera de entrada se consideró una de las más fuertes. En los últimos 15 años CDI ha sido pionero en la adquisición de equipos de última tecnología para la realización de exámenes de laboratorio requeridos para el seguimiento de la infección por VIH; Actualmente es la única IPS del oriente colombiano que posee equipos de laboratorio destinados a ese propósito. Es una fuerte barrera de entrada ya que la adquisición de esta tecnología implica contar con la infraestructura adecuada en cuanto a espacios físicos exclusivos dedicados al procesamiento de las muestras, inversión en compra de reactivos cuyos precios están entre 3 y 5 millones de pesos, implementación de controles de calidad para la evaluación de desempeño de los exámenes realizados, y se debe contar con personal experto con entrenamientos y actualizaciones certificadas.

Talento Humano: Teniendo en cuenta que en la IPS se prestan servicios de salud y se desarrollan estudios de investigación clínica, es necesario abordar esta barrera de entrada desde las dos perspectivas ya que para cada caso se requiere una formación del talento humano específica. Para ambos casos, esta barrera de entrada es considerada fuerte por el equipo de trabajo.

- **Atención Integral de VIH:** De acuerdo al Modelo de gestión programática en VIH/SIDA el manejo integral del VIH incluye la conformación de un equipo interdisciplinario de trabajo integrado básicamente por profesionales de medicina, enfermería, psicología, nutrición, trabajo social, así como un trabajador de la salud encargado de asesorar el cumplimiento del tratamiento antirretroviral. Además de los profesionales mencionados, otros podrán hacer parte del equipo de trabajo de acuerdo con otros servicios prestados por cada institución. Otro documento que hace referencia al talento humano para la atención integral del VIH en Colombia es la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos. Allí se establece que un médico Infectólogo deberá ejercer como director científico del equipo de trabajo de atención integral y en caso de no tener disponible este recurso, las funciones podrán ser asumidas transitoriamente por un médico experto en VIH, el cual debe tener experiencia en el manejo de por lo menos 25 pacientes con VIH en los últimos 3 años, Educación médica continuada mínima de 40 horas en los últimos 3 años de las cuales por lo menos 10 horas han debido ser en el último año y debe tener certificación de especialista en Medicina

Interna, Pediatría, Medicina Familiar o médico general (u otra especialidad médica) con por lo menos 5 años de experiencia en manejo de pacientes con infección por VIH/Sida.

- Centro de Investigación Clínica: Para este caso, la Res 2378 del 2008 da los lineamientos y requisitos que deben cumplir los investigadores.

Para la conducción de cada estudio, si el estudio es conducido por un grupo de personas debe existir un líder responsable del grupo que se llama Investigador Principal, el cual debe ser una persona con experiencia, tener la formación académica adecuada y el adiestramiento necesario. Debe estar familiarizado con el uso apropiado del producto sujeto a la investigación y debe conocer las normas de buenas prácticas clínicas, los principios éticos para investigación en humanos y la reglamentación colombiana.

El profesional asignado como encargado de la investigación en el laboratorio debe tener título de formación académica en cualquiera de las siguientes profesiones y experiencia profesional en laboratorio clínico de al menos dos años: Bacteriología, Microbiología, Química o químico farmacéutico con formación en una de las áreas técnicas del laboratorio clínico, Medicina con especialización en patología clínica o en una de las áreas técnicas del laboratorio clínico. Además debe tener conocimiento y experiencia en aplicación de buenas prácticas clínicas adoptadas por el Ministerio de la Protección Social. El perfil de los demás miembros del equipo investigador queda a criterio de cada institución y va a depender de las áreas de estudio.

2. Barreras de salida: Se consideró importante la barrera de tipo económico, debido a las indemnizaciones laborales a las que habría lugar y la venta de activos fijos representados en equipos especializados que pueden tener poca demanda. De otro lado una barrera de salida es la existencia de compromisos contractuales con proveedores y clientes.

3. Poder de negociación de los clientes: Son varios los tipos de clientes que demandan los servicios de una IPS como CDI. Estos son:

Entidades Promotoras de Salud EPS: Definidas en el CAPITULO I, ARTICULO 177 de la ley 100 de 1993: “Definición. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el Título III de la presente Ley. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras, Las entidades promotoras de salud podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias instituciones prestadoras de salud, o contratar con instituciones prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos”.

Sobre el campo de acción de las EPS, la ley dice, en su ARTICULO 179: Campo de acción de las entidades promotoras de salud: Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las entidades promotoras de salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con instituciones prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las entidades promotoras de salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de instituciones prestadoras de salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.”.

De acuerdo a lo anterior, El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en el año 2003 mediante el acuerdo 245, en su Artículo 1 “Acuerda: Establecer una política integral para el manejo del alto costo, garantizar la adecuada atención de los pacientes afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, realizar vigilancia epidemiológica y mejorar la utilización de los recursos financieros del Sistema.”

Así mismo define el modelo de atención en su Artículo 5.

“Artículo 5. Modelo de atención. El modelo de atención para manejo integral y prevención del riesgo de patologías cuyo tratamiento sea calificado como de alto costo debe incluir los siguientes aspectos:

1. Definición por el Ministerio de la Protección Social de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento por parte de las EPS, ARS y EOC, así como guías de manejo

clínico de las patologías VIH-SIDA y las asociadas a Insuficiencia Renal Crónica. Se incluirán las acciones de promoción y prevención primaria, secundaria y terciarias específicas para el manejo de patologías crónicas, de acuerdo con los contenidos del POS.

2. Manejo eficiente y con calidad de los medios de diagnóstico, medicamentos, materiales e insumos, que permitan tener impacto en la salud del paciente y controlar el costo en la prestación de los servicios requeridos por los pacientes.

3. Organización de la red prestadora de servicios de salud que garantice la atención integral de los pacientes confirmados como VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica, que permita la contratación que incentive el cumplimiento de las guías de manejo definidos por el Ministerio de la Protección Social y racionalicen el costo de la atención con manejo eficiente y de calidad.”

En ese sentido CDI ofrece a las EPS el Programa de Atención Integral de VIH, el cual tiene como pilar fundamental, garantizar el acceso oportuno a una terapia antirretroviral (TAR) y el seguimiento adecuado y periódico en el que se garantiza la evaluación por parte de todas la especialidades que conforman el equipo interdisciplinario para aumentar la probabilidad de éxito en la atención del paciente.

El poder de negociación de las EPS se considera alto ya que en muchas ocasiones en su afán por mejorar la utilización de los recursos financieros del sistema, buscan el proveedor que ofrezca un menor precio, sin tener en cuenta que la calidad de la atención es mejor variable para el éxito de un programa de atención que el costo de los servicios. Las EPS realizan estudios de costos y tienen muy claras las necesidades del servicio, en la

práctica se observa que son ellas quienes fijan la tarifa que van a pagar y estipulan los servicios que deben recibir sus usuarios. Otros factores además de los económicos hacen que las EPS tengan alto poder de negociación, uno de ellos es el hecho de que muchas de ellas tienen presencia nacional y prefieren proveedores que igualmente estén en buena parte del territorio nacional, esto representa para ellas facilidad administrativa

Instituciones prestadoras de servicios de salud IPS: Las EPS en uso de su autonomía para organizar la red de prestación de los servicios de salud para sus afiliados, contrata a las IPS para que cumplan con los servicios que éstas ofrecen y, en caso de que algunas de ellas no presten directamente el servicio que les fue contratado, lo subcontratan con otras instituciones. El poder de negociación de estos clientes fue considerado como medio y radica en que el precio que están dispuestos a pagar por los servicios requeridos es inferior al que ellos tienen contratado directamente con las EPS, en ese sentido, analizan la oferta de servicios presentada, y si se llega a un acuerdo entre ambas partes se hace la negociación, de lo contrario no. Para el caso específico de VIH generalmente el servicio que solicitan otras IPS a CDI es el de laboratorio clínico, para el cual se tienen unas tarifas adecuadas.

Clientes particulares: Este término hace referencia a las personas que al hacer uso de los servicios de salud, realizan el pago de una tarifa establecida por la IPS.

El poder de negociación de estos clientes es medio ya que si bien, las tarifas establecidas para la atención de estos clientes, son fijas y no hay lugar a negociación, tienen la

posibilidad de escoger la institución donde quieren recibir el servicio. Por esta razón son clientes exigentes que esperan recibir un servicio con altos estándares de calidad

Patrocinadores de Estudios de Investigación: De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS, el patrocinador de los ensayos clínicos, que generalmente es una empresa farmacéutica, pero que también puede ser un individuo, el investigador o una institución u organización independiente, es el que inicia, financia, organiza y fiscaliza la realización de un ensayo clínico. El poder de negociación de este cliente es alto, ya que tiene la responsabilidad de asegurar que el ensayo se realice conforme a principios científicos sólidos y a las normas de la Buena Práctica Clínica, para lo cual selecciona a investigadores calificados, suministra el protocolo de investigación, asegura su ejecución, establece la distribución de las responsabilidades vinculadas con el ensayo y algunas veces proporciona instalaciones, equipo y personal para la gestión del ensayo, el mantenimiento de registros, el manejo de los datos, la vigilancia y la garantía de la calidad. El patrocinador también es responsable de asegurar que se cumplan las disposiciones reglamentarias, éticas y legales aplicables y de suministrar compensación o indemnización en el caso de lesiones o defunciones relacionadas con el ensayo, conforme a las leyes y disposiciones locales.

El poder de negociación de las EPS y los patrocinadores de Estudios Clínicos es considerado el más importante ya que éstos son los principales clientes de CDI. Las primeras por concentrar la mayor cantidad de usuarios y los segundos porque los estudios clínicos representan para la empresa ventajas desde el punto de vista económico, de crecimiento, de generación de conocimiento, y de imagen, entre otros.

4. Poder de negociación de los proveedores: Son quienes suministran los insumos para la prestación del servicio. Se pueden dividir en 3 grandes grupos:

- a. **Proveedores de Medicamentos, Vacunas y Reactivos de laboratorio:** En este grupo se encuentran proveedores con poder intermedio de negociación y otros con alto poder. Los de poder intermedio de negociación son los que, si bien, proveen medicamentos, vacunas y reactivos de diagnóstico *in vitro* que no son exclusivos de ninguno de ellos y fácilmente pueden ser comprados a otro proveedor sin sacrificar la calidad, ofrecen los mejores precios del mercado. Algunos ejemplos de proveedores con poder intermedio son: Laboratorio Humax, Laboratorio Biotoscana, Biosystems, Humman, entre otros.

Los proveedores de estos insumos que tienen alto poder de negociación son los que tienen la exclusividad del producto y la empresa se ve obligada a acogerse a sus condiciones de negociación. Algunos de ellos son: Glaxosmithkline, Sanofi Pasteur, Becton Dickinson, Roche, Abbott, Bristol.
- b. **Proveedores de dispositivos médicos;** El poder de negociación de estos proveedores es bajo, existe en el mercado una gran variedad de opciones para la compra de dispositivos médicos, los cuales ofrecen diferentes precios, marcas, ofertas etc., lo cual le brinda a la empresa la libertad de escoger sin sacrificar la calidad.
- c. **Proveedores de Equipos biomédicos:** El poder de negociación de estos proveedores es alto ya que aunque existe en el mercado una amplia oferta de

equipos biomédicos que se usan en el laboratorio clínico para diagnóstico o investigación, cada proveedor cuenta con equipos o analizadores de diferente gama que se van a adecuar más a un cliente que a otro dependiendo de algunas variables como son volumen de muestras biológicas a procesar, infraestructura física y tecnológica para su instalación y funcionamiento, precio, costo de los reactivos que usa para el procesamiento de las muestras, tipo de tecnología utilizada, etc. Un ejemplo de lo anterior es la oferta en el mercado de equipos para el procesamiento de Química Clínica, hay disponibles de la casa comercial Roche, Labcare, Annar, Winner, Biosystems, entre otros. El cliente tiene total autonomía para elegir la mejor opción de compra pero en la mayoría de los casos, partir de ese momento los reactivos utilizados sólo pueden ser de la misma marca del equipo comprado ya que casi todos ellos son de uso exclusivo y cerrados para ser usados con cualquier otra marca.

5. Rivalidad entre competidores: La principal rivalidad entre competidores se da para el servicio de Atención Integral de VIH. En este sentido, y de acuerdo a información obtenida de la página web de las instituciones, y a la información recolectada por el área de mercadeo de CDI, en la ciudad de Bucaramanga existen 8 IPS que compiten en el mercado utilizando principalmente el precio, y la imagen para incrementar su cuota en el mercado. Los competidores ofrecen un producto similar poco diferenciado ya que en su mayoría, el servicio responde a las necesidades de las EPS quienes exigen altos niveles de calidad ejerciendo presión y fomentando la rivalidad, lo que causa que en varias ocasiones pueda

verse afectada la rentabilidad. Para mantener la confidencialidad de las instituciones, serán identificadas como IPS 1, 2...8.

IPS 1: Tiene sedes en Bucaramanga, Cúcuta y Bogotá, atiende a aproximadamente 600 usuarios repartidos entre Saludcoop y Cafesalud EPS, para una participación en el mercado de atención de VIH del 27%. Tiene un variado portafolio de servicios con el que ofrece además del programa de Atención Integral de VIH, asesorías a instituciones de salud, programas empresariales, educación y telemedicina. No tiene médico infectólogo en la ciudad para la atención de sus usuarios y tampoco posee el servicio de Laboratorio Clínico, el cual es contratado en la ciudad de Bogotá. (IPS 1, 2015)

IPS 2: Tiene presencia en 13 ciudades del país. En Bucaramanga tiene una participación del 16% con aproximadamente 355 usuarios atendidos distribuidos en 3 EPS: Coomeva, Caprecom y Emdisalud. Ofrece un amplio portafolio de servicios de Atención Integral de varias patologías como son Hemofilia y Von Willebrand, Medicina Física y Rehabilitación, Atención Integral para el paciente oncológico, Atención Integral para el paciente con inmunodeficiencias primarias y Atención Integral de VIH. No cuenta con médico infectólogo en la ciudad y el servicio de laboratorio clínico lo tiene contratado con una red alterna en la ciudad de Bogotá. (IPS 2, 2015)

IPS 3: Tiene presencia en 12 ciudades del país y brinda atención integral a pacientes con enfermedades de alto costo como son cáncer y VIH, entre otras. En la ciudad, esta IPS atiende a aproximadamente 35 usuarios VIH positivos de la EPS Sura y de Ecopetrol. Significa una participación en el mercado del 1.6%. (IPS 3, 2015)

IPS 4: Tiene sedes en Bucaramanga, Bogotá y Cúcuta. En la ciudad atiende a aproximadamente 330 usuarios, pertenecientes a Comparta, Fuerzas Militares y Asmetsalud. Su participación en el mercado es del 15%. No cuenta con médico infectólogo en la ciudad, tampoco tiene laboratorio clínico y no dispone de página web.

IPS 5: Es una IPS que presta servicios ambulatorios dedicados a la prevención y manejo integral de los pacientes de alto costo. Atiende a usuarios de la EPS Coosalud, lo que constituye una participación de 5.3% aproximadamente. Sólo tiene sede en la ciudad de Bucaramanga. Posee un laboratorio pero no realiza exámenes especializados para el seguimiento de la infección por VIH. No tiene infectólogo en la ciudad para la atención de sus usuarios.

IPS 6: Es una IPS con presencia en 7 ciudades del país. El servicio que presta actualmente es el Programa de Atención Integral de VIH, pero se plantean como Visión para el 2018, ser reconocida como IPS pionera en Colombia en el manejo, atención e investigación de enfermedades infecciosas agudas y crónicas y la mejor opción para las empresas de salud en el tratamiento integral de sus usuarios. En su página web enumeran varios servicios de valor agregado, entre ellos transportes de pacientes que se encuentren fuera de la ciudad para la atención Integral, apertura de las sedes en las ciudades donde estén distribuidos geográficamente los pacientes, dispensación de Medicamentos POS y No POS de marca (Abbott, Bristol, Glaxo). La población que atienden es la de la EPS Salud vida y su participación en el mercado es de aproximadamente el 8.2%.

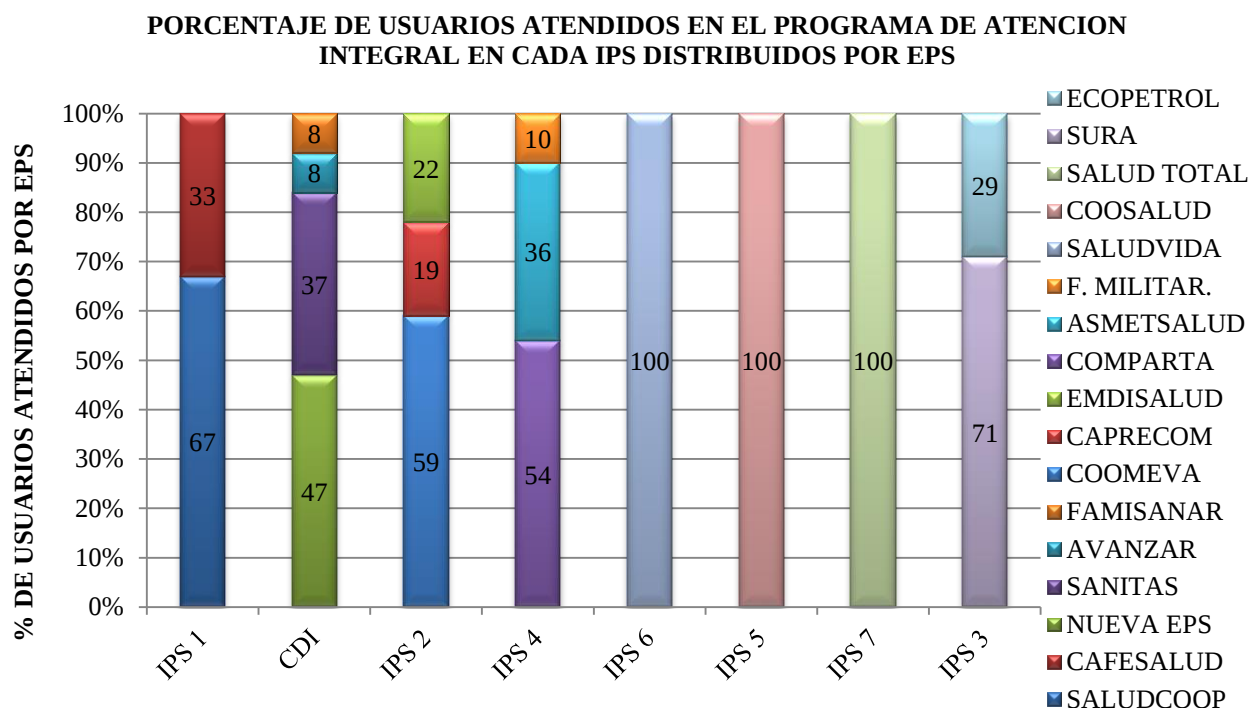
IPS 7: Es una IPS con presencia en 9 ciudades del país. Ofrece programas de Atención Integral para VIH, Enfermedad renal, Desórdenes del desarrollo, y Hemofilia.

Presta además el servicio de Atención domiciliaria y Laboratorio Clínico aunque en éste no realizan en la ciudad los exámenes especializados de seguimiento a la infección de VIH. No disponen de médico infectólogo en la ciudad. Atiende a los usuarios de la EPS Salud Total los cuales representan aproximadamente el 3.2% del mercado de la ciudad.

CDI: Atiende a usuarios VIH positivos de la Nueva EPS, Famisanar, Avanzar Médico y Sanitas.

En ese contexto, se evidencia que la presencia de 8 instituciones dedicadas a la prestación de un mismo servicio como es la Atención Integral de VIH hace que sea una competencia numerosa teniendo en cuenta que es un servicio poco diferenciado. El mercado se encuentra disperso, cada una tiene baja cobertura, hay un alto riesgo de perder los clientes. Una ventaja que ha sido muy notoria de algunas IPS sobre CDI y decisiva a la hora de asignación de contratos es que algunas de ellas tienen sedes en varias ciudades del país lo que administrativamente facilita a las EPS la contratación para la atención de sus usuarios. En ese orden de ideas, las IPS que concentran la mayor cantidad de usuarios son IPS 1 y CDI. La mayor cantidad de usuarios de IPS 1 está representada por Saludcoop que también agrupa los de Cafesalud.

Porcentajes de usuarios por EPS



IPS

Figura 13. Porcentajes de usuarios por EPS adaptado de C.D.I, elaboración propia. 2015

El CDI es la única IPS actualmente atiende usuarios de 4 IPS lo cual la sitúa en una posición más segura en términos de sostenibilidad en el tiempo que a otras IPS que sólo atienden una población como es el caso de IPS 5 y IPS 7, teniendo en cuenta la alta probabilidad de rotación de los contratos. Las que atienden sólo dos poblaciones también se ven en riesgo ya que la pérdida de un contrato representativo puede llegar hasta a poner en riesgo la subsistencia de la empresa si no se reemplaza rápidamente con otro. De las EPS con mayor número de PVVIH, CDI atiende a dos que son Nueva EPS y Famisanar. Se ve oportunidad de crecimiento con las EPS Sura, Salud Total, Coomeva, Ecopetrol y Fuerzas Militares.

Numero de PVVHI por de cada EPS distribuidos por IPS

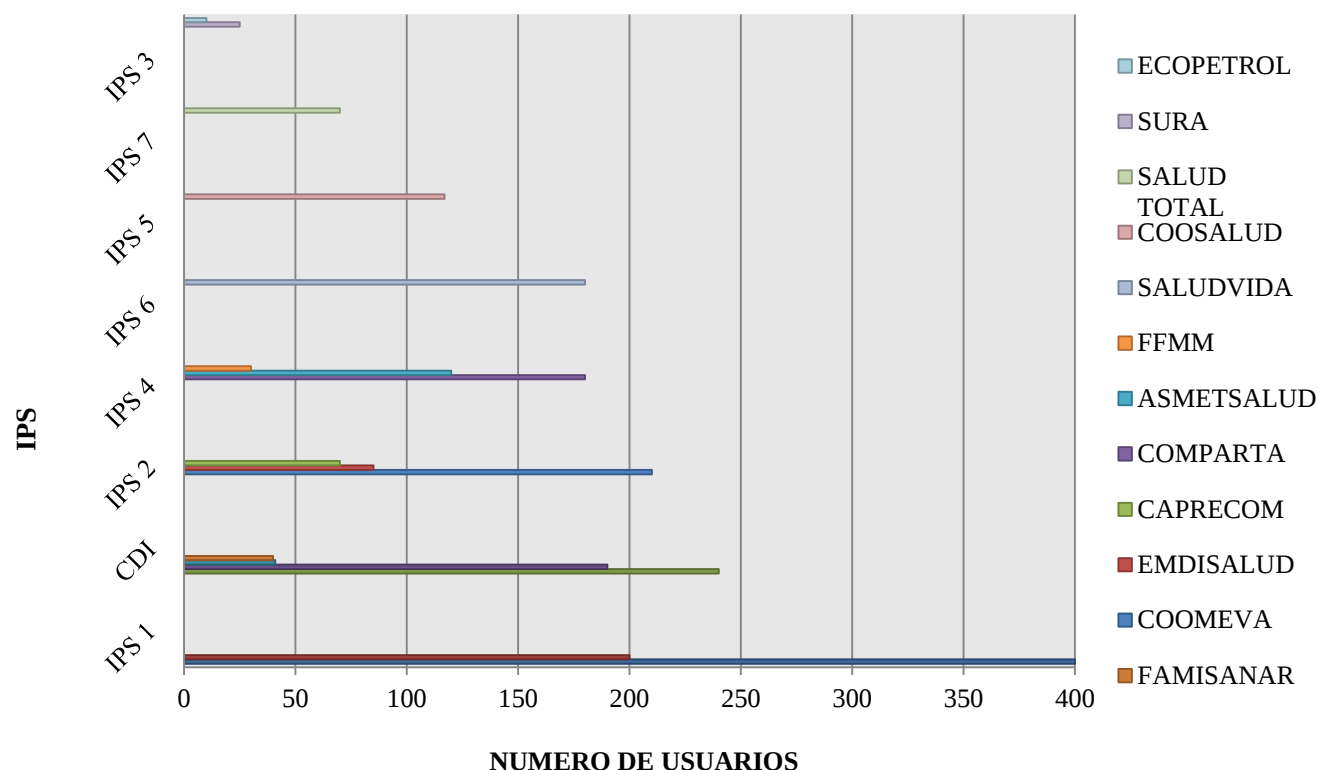


Figura 14. Numero de PVVHI por EPS, adaptado de C.D.I, elaboración propia. 2015

6. Productos sustitutos: En el mercado no existe ningún producto sustituto para el control de la infección por VIH. Otras prácticas o disciplinas de la medicina pueden ofrecer tratamientos alternativos que coadyuven a la terapia tradicional, con medicamentos antiretrovirales pero no pueden considerarse sustitutos de la misma. El objetivo del programa de Atención Integral es garantizar la adherencia del paciente al tratamiento farmacológico para evitar complicaciones de la enfermedad y mantener su calidad de vida.

Capacidad del talento humano									
Nivel académico del talento humano	x						x		
Experiencia en atención de VIH y en investigación	x						x		
Rotación interna de personal	x						x		
Capacidad competitiva									
Calidad del servicio	x							x	
Lealtad de los clientes					x		x		
Participación en el mercado					x		x		
Portafolio de productos, Centro de Investigación	x						x		
Capacidad financiera									
Acceso a capital cuando lo requiere	x						x		
Grado de utilización de la capacidad de endeudamiento	x						x		
Rentabilidad, retorno de la inversión		x					x		
Liquidez, disponibilidad de fondos internos	x						x		

Nota: Adaptado de C.D.I, elaboración propia. 2015

CAPACIDAD DIRECTIVA:

Capacidad para captar y retener el talento humano: El incorporar y mantener buenos empleados es un reto muy importante que tiene la gerencia y esta capacidad se considera una fortaleza en la institución que se evidencia en su experiencia en el cargo y en la selección de todo el personal que conforma el equipo de trabajo, el cual se destaca por su experiencia en el manejo del Programa de Atención Integral de VIH. No obstante, CDI no cuenta con un procedimiento para identificar a sus recursos más valiosos ni se tienen diseñadas estrategias para asegurar que esas personas están adecuadamente remuneradas, que son reconocidas y que se les brinda oportunidades de desarrollo profesional. No se cuenta con procesos para incentivar a las personas como recompensas, remuneración u

otros beneficios. Es necesario diseñar planes de motivación a los empleados para fortalecer continuamente el nivel de compromiso con la institución y ayudarlos a desarrollarse dentro de la misma.

Capacidad para enfrentar la competencia: Esta es una fortaleza de alto impacto ya que gracias a esta capacidad, la empresa permanece en el mercado. Para el desarrollo de esta capacidad, la gerencia se apoya en todo el equipo de trabajo, desde mercadeo, calidad y líderes de procesos, hasta personal del área administrativa. Permanentemente se tiene información actualizada sobre la competencia, sobre cómo se mueve la contratación entre EPS e IPS, tarifas del mercado, servicios, necesidades de los clientes, procesos de calidad, etc. Con el propósito de satisfacer las necesidades de los clientes, mantener los contratos actuales, realizar nuevas contrataciones. Entre las IPS que cuentan con programa de Atención Integral para VIH, CDI es la única que tiene contrato con más de dos EPS y es la segunda con mayor cantidad de usuarios.

CAPACIDAD TECNOLÓGICA

Laboratorio clínico con equipos de última tecnología: CDI tiene una fortaleza en cuanto a que el nivel de tecnología utilizada está acorde a las necesidades del servicio y por encima de la competencia ya que ninguna de las IPS rivales disponen de laboratorio clínico para el procesamiento de pruebas especializadas. El laboratorio cuenta con modernos equipos que durante muchos años fueron exclusivos en la región, sólo hasta hace poco tiempo, el laboratorio de Investigación de la Fundación Cardiovascular adquirió uno de ellos, pero está destinado a un uso totalmente diferente al que se le da en CDI. Uno de los

equipos de última tecnología se emplea para la realización de Carga Viral de VIH, se trata del TaqMan 48, el cual realiza una Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR). Este sistema permite la amplificación en tiempo real automatizada y detección de ADN o ARN, en combinación con el Instrumento COBAS® Ampliprep y el software AMPLILINK para el análisis de preparación de muestras y datos. Este sistema permite la detección de muchos otros agentes infecciosos además del VIH, como son Hepatitis B, Hepatitis C, *Micobacterium tuberculosis*, Papilomavirus, entre otros

Otro equipo de última tecnología es el citómetro de flujo FACSCanto II, de la casa comercial BECTON DICKINSON, la cual por más de 30 años ha apoyado el trabajo de los investigadores clínicos que han hecho aportes al avance de la medicina. El citómetro hace posible caracterizar las células a través de la superficie, principio que tiene múltiples aplicaciones en diagnóstico y en investigación ya que existen una gran cantidad de anticuerpos conjugados para este fin. Este equipo ofrece para el laboratorio un gran potencial de trabajo como apoyo a líneas de investigación que se creen en un futuro y permitiría ampliar el portafolio de servicios ofreciendo otros exámenes especializados en caso de que se considere una necesidad.

Capacidad de Innovación: Es una fortaleza que ha caracterizado a CDI y es evidenciable en el área donde se concentra la mayor cantidad de tecnología, el laboratorio Clínico. Ya que como se dijo anteriormente, cuenta con equipos únicos en la ciudad, adicionalmente dentro de las propuestas de mejora presentadas por esta área, cada año a la junta directiva se incluye la adquisición de tecnología que aporte mejoras a los procedimientos que se realizan o que permitan la realización de nuevas pruebas. Las

últimas adquisiciones se hicieron en el año 2012 y consistieron en dos equipos de última tecnología, uno para realizar el recuento de subpoblaciones linfocitarias pero que permite muchas aplicaciones más y, otro para realizar de forma automatizada el cultivo de Micobacterias que de rutina se hace de forma manual. Este año, se planea adquirir el GeneXpert, para el diagnóstico de Micobacterium del complejo tuberculoso y simultáneamente resistencia a Rifampicina, a partir de muestras respiratorias y líquido cefalorraquídeo. Es el único sistema que combina la preparación de la muestra con amplificación y detección con PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) en tiempo real, para un análisis completamente integrado y automatizado. Esta innovación hará que CDI sea pionero entre los laboratorios privados de la ciudad y está entre los pocos del país con dicha tecnología entre los cuales se cuentan La Corporación para Investigaciones Biológicas CIB de Medellín, el Centro Médico Imbanaco y La Fundación Valle del Lili en Cali.

Con el objetivo de renovar la tecnología empleada para las pruebas de inmunología como son VIH, Hepatitis, Toxoplasma, entre otras, se analizará también la adquisición en el próximo semestre, de un nuevo equipo que brinde mayores ventajas con relación al que existe actualmente en términos de capacidad para el procesamiento de muestras, rapidez de los procesos, eficiencia en el uso de reactivos y disminución de costo por prueba.

Esta capacidad de innovación también se ve fortalecida por el desarrollo de estudios clínicos ya que éstos en varias oportunidades pueden requerir la adquisición de tecnología, un ejemplo de lo anterior es la incorporación en la IPS del sistema de telemetría para el control de la temperatura y/o humedad relativa de algunos equipos como son neveras,

congeladores, incubadoras, o para el control en áreas físicas como el servicio farmacéutico. Este sistema, brinda información completa de temperatura y humedad relativa la cual permite realizar trazabilidad completa en la cadena de frío. Los informes permiten conocer los valores mínimos, máximos, promedio, porcentaje de lecturas por fuera del rango normal de operación, conexión o desconexión de sensores, gráficas, estado de puerta, estado de conexión de energía, reporte de mensajes enviados, reporte de reset de los módulos, etc.

Aplicación de tecnologías Informáticas: Si bien es considerada como una fortaleza en la institución por cuanto se dispone de software administrativo que permite agendar citas, facturación automatizada a EPS y otras entidades con generación de RIPS, integración con la página web para entrega de resultados, historia clínica automatizada, generación de informes estadísticos, etc. Es necesario hacer extensivo el uso al centro de investigación en lo que respecta específicamente a la historia clínica automatizada, ya que ésta actualmente se hace de forma manual y registros como resultados de exámenes de laboratorio se manejan en formato impreso. La elaboración de la historia automatizada supone incorporar tecnologías informáticas para disponer de un sistema integrado de información clínica archivado electrónicamente como soporte de la atención.

La aplicación de tecnologías informáticas en el laboratorio clínico también se evidencia como una fortaleza de alto impacto pero desarrollada medianamente. Se cuenta con un software llamado Omega, el cual proporciona ventajas como la comunicación entre los analizadores de muestras biológicas y su plataforma para la migración de datos los cuales posteriormente deben ser revisados y validados por el bacteriólogo, evitando de esta manera la transcripción de resultados. Permite la identificación de los usuarios mediante

código de barras lo cual brinda seguridad y confidencialidad a la identificación del paciente. Brinda además la posibilidad de varios informes a diferentes niveles. No obstante lo anterior, este software sólo funciona para los analizadores de la casa comercial ROCHE y algunos que técnicamente permiten esta comunicación. Con los demás analizadores, es necesario transcribir los resultados, siendo este un factor que implica mayor probabilidad de error en el resultado. Otras necesidades no resueltas aún con la aplicación de la tecnología informática utilizada actualmente es que la consulta de resultados desde la página web sólo está disponible para empresas clientes pero no aún para pacientes o médicos, lo cual retrasa la oportunidad de entrega de resultados ya que ésta no se hace en línea. Adicionalmente la migración de resultados de pacientes a la historia clínica no es 100% efectiva ya que hay ocasiones en las que los resultados no migran, por lo tanto los médicos no pueden visualizarlos durante la consulta y se hace necesaria su impresión, lo cual causa demoras e inconformidad con el servicio.

CAPACIDAD DEL TALENTO HUMANO

Esta es una fortaleza interna muy importante de la empresa, su talento humano está representado en personal debidamente capacitado y entrenado para el desempeño de las funciones del cargo, a través de un proceso de inducción cuidadosamente dirigido por el área de talento humano y apoyado por cada uno de los líderes de procesos. Una vez incorporado el talento humano. Así lo demuestra la última encuesta de clima organizacional aplicada por la ARL Colmena en diciembre del año 2014, como parte del sistema de Vigilancia Epidemiológica de Riesgo Psicosocial, (Informe disponible en Talento

Humano). Hay una baja rotación de personal de cargos no considerados críticos, sin embargo no se tienen datos concretos de este comportamiento, ya que no se ha medido. En ese contexto, el ausentismo ha sido una constante desde hace varios años como puede evidenciarse en los indicadores de Salud Ocupacional, en el año 2014 el índice de ausentismo fue del 6% y la principal causa ha sido por licencias de maternidad, esto debido a que más del 90% de los empleados son mujeres en edad fértil.

Nivel de formación del talento humano: Este nivel de formación está acorde a las necesidades del servicio. Con relación a la competencia CDI cuenta con una ventaja importante y es la de tener dentro de su equipo de trabajo, un médico Infectólogo el cual hace parte del personal de planta de la empresa y atiende consulta 6 días a la semana.

La formación del equipo de trabajo encargado de la atención integral del paciente VIH se presenta en la siguiente tabla

Tabla 7.

Equipo de trabajo del C.D.I

TITULO ACADEMICO	CANTIDAD DE RECURSO
Médico Infectologo de Adultos	1
Médico Infectologo Pediatra	1
Médico Pediatra, Neumólogo Pediatra	1
Médico Internista	5
Medico Con Maestría En VIH	2
Enfermera Jefe	2
Trabajadora Social	1

Bacteriólogo Y Laboratorista Clínico	3
Nutricionista	1
Psicólogo	1
Regente de Farmacia	1
Químico Farmacéutico	1
Auxiliar de Enfermería	6

Nota: CDI, elaboración propia. 2015

Formación del talento humano de C.D.I

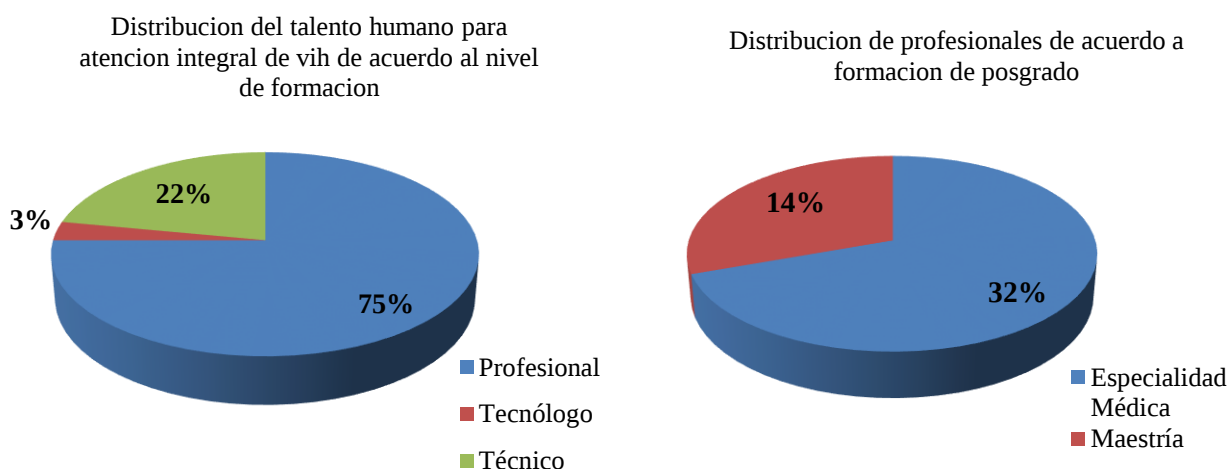


Figura 15. Formación del talento humano de CDI, elaboración propia. 2015

El 75% del personal que hace parte del equipo de Atención Integral tiene título profesional y el 46% de ellos tiene algún estudio de posgrado, de los cuales el 87% corresponde a una especialidad médica. El talento humano del Centro de Investigación está conformado actualmente por 8 médicos, 3 Enfermeras Jefe, 3 bacteriólogos y 4 auxiliares de enfermería. Entre ellos hay personal que comparte funciones con prestación de servicios en el programa de VIH. Estos cargos son: Bacteriólogos, Médico Infectólogo y algunas veces Médico neumólogo pediatra.

Experiencia del talento humano: Atención Integral de VIH, Como vimos en la variable anterior, el talento humano de CDI no solo tiene un excelente nivel de formación acorde a las necesidades del servicio, sino que también posee experiencia de muchos años en el manejo de la patología del VIH. La siguiente tabla muestra el tiempo de experiencia dentro de la empresa que tienen algunos cargos considerados como críticos por el contacto que tienen con el paciente y por el impacto de su intervención dentro del manejo de su patología.

Tabla 8.

Recurso humano de C.D.I

Cargo	Tiempo de Vinculación en Años
Médico Infectólogo	8
Médico del Programa	16
Médico del Programa	5
Médico del Programa	2
Medico Coordinador del Programa	4
Nutricionista	15
Regente en Farmacia	6
Químico Farmacéutico	4
Bacterióloga Coordinadora del Laboratorio	13

Nota: CDI. Elaboración propia. 2015

Los datos de la tabla nos muestran que el personal médico tiene experiencia de muchos años dentro de la empresa en el manejo integral de VIH, así mismo otros profesionales que tienen contacto directo con los pacientes. Lo anterior muestra una fortaleza contundente ya que el programa cuenta con personal experto para la atención.

Centro de Investigación: El Talento Humano del Centro de Investigación fue vinculado en el año 2011 para dar inicio al estudio CYD15, en fase III sobre la Eficacia y seguridad de una nueva vacuna tetravalente contra el dengue en niños y adolescentes. El 90% del personal vinculado tenía experiencia previa en investigación ya que habían trabajado en otro estudio en fase II. En adelante, del 2011 a la actualidad, todo el personal que se vincula al Centro, debe tener experiencia y participación comprobada de 1 año en estudios clínicos. Esta experiencia de su talento humano se evidencia en la calidad de la conducción de los estudios, la cual ha sido reconocida por el patrocinador del estudio CYD15 (Sanofi Pasteur), ya que en este estudio multicéntrico le ampliaron la población que le había sido asignada al inicio del estudio.

Rotación Interna del Personal: Lo que hoy es una fortaleza, surgió ante la necesidad de que el talento humano de CDI que ya posee entrenamiento y experiencia en la atención de VIH y en los procesos de Investigación, supliera las necesidades temporales de personal en caso de incapacidades médicas, vacaciones y ausencias por diferentes causas sin que se afecte la prestación del servicio o el desarrollo de tareas mientras se reincorpora el personal ausente o se hace una nueva contratación. El programa de rotación interna se inició en el año 2014 con las auxiliares de enfermería teniendo en cuenta que se desempeñan en varios cargos dentro de la institución como son: Recepcionista, auxiliar de

consulta externa, auxiliar de vacunación, auxiliar de laboratorio clínico y auxiliares del call center. Se inició un proceso de rotaciones programadas en las que recibieron entrenamiento en las funciones propias de cada cargo y posteriormente desempeñaban el nuevo cargo durante un período de 3 meses. En la actualidad todas las auxiliares de enfermería del programa de atención integral y vacunación han rotado internamente por los diferentes cargos. La meta para este segundo semestre es integrar a las auxiliares del call center del centro de Investigación y al personal de laboratorio ya que hasta la fecha las funciones están divididas en investigación y servicios de salud. Se espera que poco a poco los cargos que permitan esta rotación la lleven a cabo. Se consideró de alto impacto ya que no se ve afectada la calidad de la prestación del servicio por ausencia de personal.

CAPACIDAD COMPETITIVA

Calidad del servicio: De acuerdo al último resultado consolidado de indicadores correspondiente al primer semestre del 2014 (Tabla 9), la eficacia total para todos los objetivos de la calidad fue del 99.5%. Si se mira el resultado discriminado por cada objetivo, el primero que es “Brindar un servicio integral oportuno con el fin de satisfacer las necesidades del cliente”, no alcanzó la eficacia esperada del 25% debido a que el cumplimiento del indicador de Oportunidad en la asignación de citas de medicina interna primera vez adultos, presentó un cumplimiento consolidado del 77.9% por haberse superado el número de días (12), establecido para la oportunidad de asignación de citas.

Tabla 9.

Objetivos de Calidad

Nº	Objetivo de Calidad	Total Eficacia por Objetivo $C=axb$
1	Brindar un servicio integral oportuno con el fin de satisfacer las necesidades del cliente	24.50%
2	Brindar al cliente un servicio con tecnología e infraestructura adecuada bajo los estándares de calidad.	15.00%
3	Mantener una cultura competitiva de alta calidad y mejoramiento continuo para garantizar la satisfacción de las necesidades del cliente	15.00%
4	Garantizar un equipo humano competente, comprometido y humanizado que brinde una atención de respeto e igualdad a todos los clientes de CDI	20.00%
5	Mantener los clientes actuales e incrementar la participación de CDI en el mercado	25.00%

Nota: CDI. Elaboración propia. 2015

La siguiente tabla muestra los objetivos de la calidad con sus respectivos indicadores por proceso y la meta para cada uno. El seguimiento a estos indicadores es realizado por el líder de cada proceso y los resultados son presentados de acuerdo a la frecuencia en los comités de calidad que se realizan mensualmente. Ante el incumplimiento de alguna meta, se formula una acción correctiva con análisis de causas y el planteamiento de las actividades para eliminar la causa raíz del incumplimiento; luego de que se consideran eficaces las actividades desarrolladas, se cierra la acción.

Es importante resaltar que para el objetivo de calidad que se apunta a “Mantener una cultura competitiva de alta calidad y mejoramiento continuo para garantizar la satisfacción

de las necesidades del cliente” se propondrá la medición de las mejoras implementadas a partir de las quejas, reclamos o sugerencias recibidas por parte de clientes y usuarios ya que actualmente como se evidencia en la tabla, se mide la oportunidad en número de días de respuesta a la queja, reclamo o sugerencia sin contemplar si la comunicación del cliente fue tomada en cuenta y si tuvo impacto o no en la mejora de los procesos.

Tabla 10.

Objetivos de calidad e indicadores

Objetivo de Calidad	Proceso	Indicador		Meta
1. Brindar un servicio integral oportuno con el fin de satisfacer las necesidades del cliente (25%)	Atención Integral	1	Oportunidad en la asignación de citas de medicina interna primera vez (Adultos)	12 días
	Atención Integral	2	Oportunidad en la asignación de citas de pediatría primera vez	5 días
	Atención Integral	3	Asistencia a consulta Atención Integral	90%
	Atención Integral	4	Oportunidad en la atención de Accidentes de Riesgo Biológico	100%
	Atención Integral	5	Cumplimiento de la programación de citas según requisitos ARL y/o Pertinencia Médica.	100%
	Atención Integral	6	Éxito del tratamiento de TB	85%
	Farmacia	7	Oportunidad en la entrega de medicamentos POS	95%
	Farmacia	8	Cumplimiento en la entrega de medicamentos POS	100%
	Vacunación	9	Cumplimiento de programación para esquemas complementario de vacunación	60%

	Laboratorio Clínico	10	Oportunidad en la entrega de resultados	98%
	Estudios Clínicos	11	Desviaciones en toma de muestra en Fase Hospitalaria.	0%
	Estudios Clínicos	11	Desviaciones por asistencia a visitas fuera del período de ventana máximo.	0%
2. Brindar al cliente un servicio con tecnología e infraestructura adecuada bajo los estándares de calidad. (15%)	Mant. Y Calibración	1	Cumplimiento del Programa de mantenimiento preventivo de hardware	100%
	Mant. Y Calibración	2	Cumplimiento del Programa de mantenimiento preventivo de equipos	100%
	Mant. y calibración	3	Calibración y verificación de equipos CDI	100%
	Mant. y calibración	4	Mantenimiento Correctivo de Hardware	10%
	Mant. y calibración	5	Mantenimiento Correctivo de Equipos CDI	10%
3. Mantener una cultura competitiva de alta calidad y mejoramiento continuo para garantizar la satisfacción de las necesidades del cliente. (15%)	Calidad	1	Oportunidad en la atención de quejas y reclamos	90%
	Calidad	2	Mejoramiento continuo en los procesos	80%
	Todos	3	Índice de satisfacción del cliente real (global)	90%
	Compras	4	Reevaluación de proveedores	80%
4. Garantizar un equipo humano competente, comprometido y humanizado que brinde una atención de respeto e igualdad a todos los clientes de CDI (20%)	Talento Humano	2	Cumplimiento del programa de capacitación por nivel jerárquico.	100%
	Talento Humano	3	Cumplimiento del programa de capacitación por tipos de capacitación	100%
	Talento Humano	2	Evaluación de desempeño	100%
5. Mantener los clientes actuales e incrementar la	Gerencial	1	Propuestas aprobadas	MIN 20%

participación de CDI en el mercado (25%)	Gerencial	2	Índice de satisfacción de clientes externos	85%
	Gerencial	3	Mantenimiento de los contratos	85%

Nota: CDI, Elaboración propia. 2015

Lealtad de los clientes: Este factor fue calificado como una debilidad teniendo en cuenta que los clientes vienen y van. A lo largo del tiempo no se ha logrado mantener la lealtad de los clientes en un nivel deseado, la lucha por mantener los contratos y adquirir nuevos, es permanente. Algunas de las razones ya analizadas que influyen en la lealtad de los clientes son número de competidores, servicio poco diferenciado, condiciones de negociación, entre otras. El indicador gerencial de mantenimiento de contratos es el que mide este objetivo. El consolidado del primer semestre del año 2014 muestra un cumplimiento del 100% de la meta establecida del 85%.

Participación en el Mercado: La participación en el mercado se considera baja y por tal razón este factor es calificado como una debilidad. Su impacto es alto ya que si no se tienen estrategias para mantener o aumentar esta participación, se ve amenazado el programa de Atención Integral.

En la figura siguiente se observa el porcentaje de participación de las IPS con programa de Atención Integral de VIH en la ciudad de Bucaramanga

Porcentaje de participación en el mercado de cada IPS

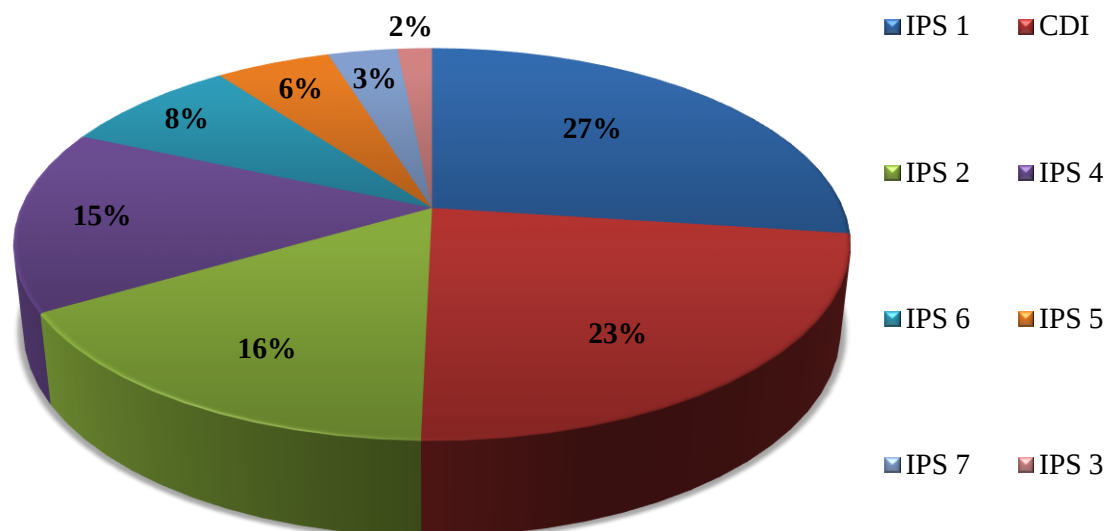


Figura 16. Porcentaje de participación en el mercado de cada IPS, elaboración propia. 2015.

Se observa un mercado disperso, saturado en el que hay muchas instituciones que prestan el mismo servicio y cada una tiene poca participación en el mercado. CDI ocupa el segundo lugar después de IPS 1. Luego a mucha distancia se encuentra IPS 2. De acuerdo a la cuenta de alto costo del año 2014, a nivel nacional IPS 2, IPS 4 y IPS 3 se ubican entre las primeras 20 instituciones que reúnen más del 66% de la atención de PVVIH. Como se analizó en el factor anterior de lealtad de clientes, este comportamiento es dinámico, cambia constantemente, cada IPS tiene como objetivo aumentar su participación ya que de esta manera aseguran su subsistencia.

Portafolio de productos: Este factor fue considerado una fortaleza de alto impacto teniendo en cuenta que el Centro de Investigación representa para la institución la apertura de servicios en otro campo diferente al de la Atención Integral de VIH que como se ha

visto es muy competido. De acuerdo a la asociación colombiana de centros de Investigación, en Colombia existen 120 Centros certificados en Buenas Prácticas Clínicas por el Invima. En Bucaramanga existen 8 Centros y el CDI fue uno de los primeros en obtener la certificación. Los centros de Investigación certificados en la ciudad son: Instituto colombiano para el avance de la medicina ICAMEDIC, Servimed EU, Instituto del Corazón, CDI, Fundación Oftalmológica de Santander, Medicity, Fundación Cardiovascular de Colombia e Instituto del corazón de Floridablanca.

Otros productos destacados dentro del portafolio de servicios de la institución por no tener mucha competencia local son los exámenes especializados de laboratorio clínico para el seguimiento de la infección por VIH y Atención de los accidentes de trabajo con riesgo biológico.

Como un proyecto a mediano plazo se tiene incrementar el número de pruebas especializadas que se realizan en el laboratorio clínico y existe especial interés en la adquisición del equipo GenXpert para el diagnóstico oportuno de tuberculosis. Es de resaltar que algunos de los productos del portafolio de servicios de CDI existen para atender necesidades de diagnóstico en la población, más allá del interés económico que puedan representar. Un ejemplo de lo anterior es el cultivo automatizado para Mico bacterias, examen que aunque tiene una rentabilidad baja se consideró importante su aporte a la oportunidad del diagnóstico y se tiene implementada desde el año 2011.

CAPACIDAD FINANCIERA

Grado de utilización de la capacidad de endeudamiento: Es una fortaleza alta, con un impacto alto, el C.D.I, dado sus márgenes de ganancias y su nivel de activos, no acude a sostener grandes niveles de endeudamiento. No obstante, la empresa sostiene una carga de pasivos, sus activos son mayores, escenario que se evidencia cuando se observa la relación entre activo corriente y pasivo corriente del C.D.I, para el año 2014 es de 5,36 y para el año 2013 es de 2.49, lo que representa que por cada peso que la empresa debe, en el corto plazo cuenta con 5,36 pesos de respaldo en el activo para sufragar la deuda en el 2014, en otras palabras sus activos corrientes son 5 veces más grandes que sus pasivos.

De igual forma para el año 2013 el C.D.I S.A cuenta con 2.49 pesos de para respaldar un peso de deuda. Por otro lado el activo corriente, activo de mayor liquidez en una empresa, para el caso del C.D.I S.A representa el 81% y 83% del total de los activos, para el 2013 y 2014 respectivamente, lo que demuestra que la empresa tiene una gran capacidad para asumir compromisos crediticios.

Análisis DOFA

El análisis DOFA permite determinar si la organización está capacitada para desempeñarse en el medio. Cabe señalar que en la tabla elaborada una estrategia FO es aquella que aprovecha las fortalezas para maximizar las oportunidades, una estrategia FA hace referencia a la estrategia que utiliza las fortalezas para minimizar las amenazas. En cuanto a DO es la estrategia que minimiza las debilidades aprovechando las oportunidades y DA es la estrategia para superar las debilidades y minimizar las amenazas.

Tabla 11
DOFA

		Fortalezas	Debilidades
		F1- Equipos biomédicos disponibles para la prestación de servicios y apoyo a investigación	D1- Ausencia de planes estratégicos
		F2- Experiencia del talento humano	D2- Participación en el mercado de servicios de Salud
		F3- Nivel de formación del talento humano	D3- Escasa presencia a nivel nacional
		F4- Centro de Investigación habilitado por el INVIMA	D4- Alto poder de negociación de las EPS
		F5- Calidad del servicio	D5- Estrategias para retener el talento humano
		F6- Capacidad de Innovación	
		F7- Liquidez, disponibilidad de fondos internos y acceso a capital cuando se requiere	
		F8- Habilidad gerencial para enfrentar a la competencia	
		Estrategias FO	Estrategias DO
Oportunidades		F5- F8-O1 Focalizar esfuerzos en las EPS con mayor número de afiliados para la presentación de oferta de atención Integral de VIH, de acuerdo a sus necesidades	D2-D3-D4-O1-O2 Aumentar la participación en el mercado mediante el establecimiento de contratos con EPS que tengan mayor número de usuarios y que no tengan como condición para contratar, la atención de su población asegurada en otras partes del país.
O1-Número de afiliados al régimen de salud de Santander		F5- F8-O2 Focalizar esfuerzos de mercadeo hacia las EPS con mayor número de afiliados para la presentación de oferta de atención Integral de VIH, de acuerdo a sus necesidades.	D2-D3-D4-O1-O2 Aumentar la participación en el mercado por medio del establecimiento de contratos con EPS, que tengan mayor número de usuarios y no tengan como condición para contratar, la atención de su población en otras partes del país.

O2- EPS con presencia en la región	F1-F2-F3-F4- O3 Implementación de nuevas pruebas diagnósticas, participación en estudios clínicos, presentación de propuestas para inversión en investigación y desarrollo.	
O3- Incremento de enfermedades Infecciosas	F4-F6-O4 Definir objetivos para el establecimiento de las alianzas estratégicas y elaborar las propuestas dirigidas a las Instituciones o Centros de interés	O4-D4 Estudiar las posibles instituciones que podrían apoyar a CDI para la atención de usuarios en caso de un contrato a nivel nacional con una EPS.
O4- Alianzas estratégicas con otras instituciones de salud y Centros de Investigación	F1-F6-F7-F8-O5 De acuerdo a necesidades detectadas en el Mercado, apoyados en la tecnología disponible en el laboratorio o innovando en la adquisición de otros equipos incluir productos que brinden a la empresa ventajas frente a la competencia en términos de exclusividad en el mercado.	
O5- Inclusión de productos nuevos al portafolio de servicios	F6-F7-O6 Revisar el aporte de las tecnologías informáticas en el desempeño de los procesos y buscar estrategias de mejoramiento a través de las disponibles o mediante la adquisición de nuevas que permitan una mayor aplicación en todas las áreas.	
O6- Aplicación de Tecnologías informáticas		

	Estrategias FA	Estrategias DA
Amenazas	F4-F8-A1 Continuar haciendo frente a la competencia prestando un servicio de calidad a todos los clientes y usuarios. Fortalecer el Centro de Investigación como fuente importante de ingresos	D5-A1 Tener un procedimiento con políticas claras para la retención del talento humano que ocupe los cargos considerados críticos dentro del proceso de atención D3-A1 Evaluar la posibilidad de aumentar la presencia a nivel nacional a través de alianzas con otras instituciones o con la apertura de nuevas sedes para estar a la par de la competencia
A1- Presencia de otras IPS que ofrecen Programa de atención Integral de VIH	F4-F6-A2 Innovar con nuevos productos en el portafolio de servicios y continuar fortaleciendo el desarrollo de estudios clínicos en el Centro de Investigación	
A2- Alto costo para el sistema de salud, de la infección por VIH		

Nota: Adaptado de CDI, elaboración propia. 2015

6. Análisis del Marco Estratégico

El objetivo propuesto en el análisis del marco estratégico es analizar la pertinencia de la misión y visión propuestas el año anterior por la Gerencia como parte del Diseño para un sistema Gerencial Estratégico.

Para este análisis del Marco Estratégico participaron las coordinadoras de Atención Integral, Calidad y Laboratorio Clínico, como se mencionó anteriormente se tomó como base la propuesta de Misión y Visión formuladas en el trabajo de grado “Diseño para un sistema Gerencial Estratégico para la Empresa de Salud CDI S.A”, el cual es el antecedente más reciente en relación con el tema del presente trabajo, realizado en el CDI. Como referente para este análisis se tomó lo descrito por Humberto Serna Gómez en su libro Gerencia Estratégica, en el que da lineamientos para la formulación de Misión y Visión, elementos importantes del direccionamiento estratégico que, según él, le ayudarán a la empresa a crecer, generar utilidades y permanecer en el mercado

6.1 Análisis de la Misión del C.D.I

Misión: Contribuir a mejorar la salud de nuestros usuarios, mediante el desarrollo de investigación y la prestación de servicios especializados seguros y oportunos, ofrecidos por personal altamente calificado

Analizando la Misión planteada, se considera pertinente incluir el sector al que la empresa pertenece, además de un factor diferenciador, en donde se defina a los clientes y los mercados presentes y futuros en que puede llegar a incursionar la organización. Dado lo anterior se propone la siguiente misión para el C.D.I S.A:

Misión: El compromiso central de la IPS C.D.I S.A es brindar un servicio integral de salud, por medio de un equipo de trabajo altamente calificado con avanzada tecnología que busca impulsar el desarrollo de la investigación en el país, y de esta forma garantizar la satisfacción de nuestros usuarios y mantenernos como líderes con un servicio de calidad.

6.2 Análisis de la Visión

La visión empleada como referente para el análisis es la siguiente:

Visión: Para el año 2020, seremos un centro de excelencia, para el oriente colombiano, en atención e investigación de enfermedades infecciosas, basadas en estándares internacionales de calidad y en el desarrollo de la innovación.

Teniendo en cuenta los procesos en los cuales CDI quiere ser líder se plantea la siguiente visión en la que:

Para el año 2020 seremos reconocidos a nivel nacional por tener uno de los mejores programas del país para la Atención Integral de VIH y seremos referencia a nivel nacional e internacional como Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas y no Infecciosas.

6.3 Objetivos corporativos y Cuadro de Mando Integral

El Cuadro de Mando Integral para el C.D.I S.A, se centra las cuatro perspectivas del BSC con sus correspondientes objetivos estratégicos con el fin de alcanzar la visión propuesta. Las perspectivas son financiera, clientes, procesos internos y aprendizaje y crecimiento.

Perspectiva financiera, se plantean los siguientes objetivos:

- Garantizar niveles de solvencia y liquidez financiera

- Mejorar los índices de rentabilidad mediante el incremento de los ingresos y la optimización de los recursos

En esta perspectiva, se estipula crear un entorno financiero que permita obtener niveles de crecimiento y desarrollo para el Centro de Atención y Diagnóstico de Enfermedades Infecciosas.

Para la perspectiva clientes, los objetivos estratégicos son:

- Posicionar el programa de Atención Integral como uno de los mejores a nivel nacional
- Posicionar el Centro de Investigación como Centro de Referencia que genere reconocimiento institucional por su contribución investigativa al sector salud de la región y el país.

Perspectiva de procesos Internos:

- Incorporar nuevas tecnologías en los procesos de atención
- Crear alianzas con otros Centros de referencia en servicios de salud y en investigación para la prestación de servicios y la generación de conocimiento
- Satisfacer las necesidades de los clientes
- Incorporar nuevos productos y servicios

Esta perspectiva busca enfocar las actividades del C.D.I S.A en la obtención de procesos integrales y de calidad que cumplan con las expectativas de los usuarios.

La perspectiva de crecimiento y desarrollo plantea los siguientes objetivos:

- Impulsar actividades de gestión del talento humano
- Invertir en capital intelectual

- Propiciar incremento de la satisfacción, compromiso y motivación del personal

Esta última perspectiva, se enfoca en su capital humano y organizacional, se orienta a fortalecer su talento humano para ejecutar los procesos con excelencia y alcanzar las metas.

7. Mapa Estratégico

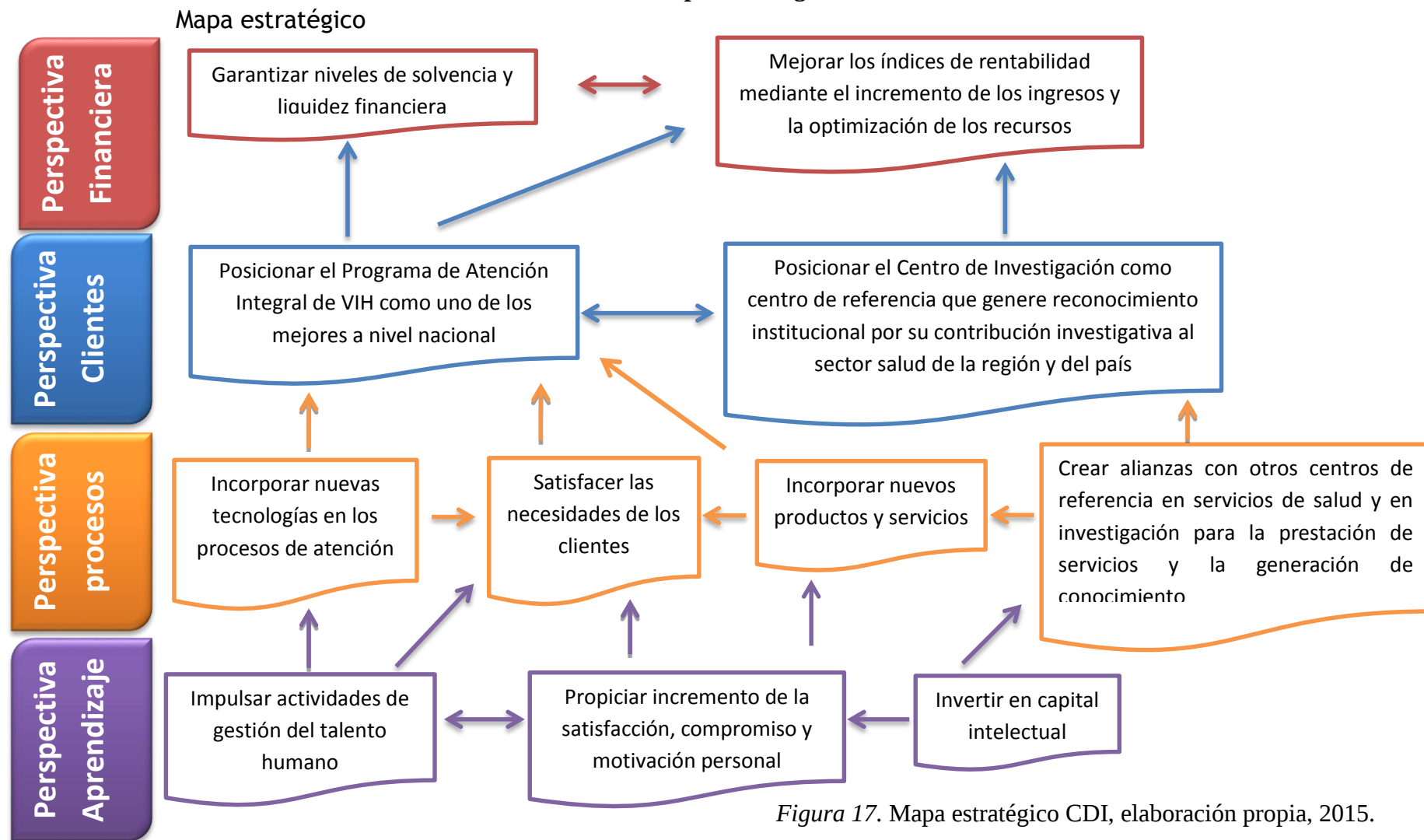


Figura 17. Mapa estratégico CDI, elaboración propia, 2015.

8. Cuadro de Mando Integral Del C.D.I

Tabla 12.

Cuadro de mando integral CDI

Perspectiva Financiera	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INICIATIVAS ESTRATEGICAS	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	FRECUENCIA	LINEA BASE	2016	2018	2020	UNIDAD DE MEDIDA
	Garantizar niveles de solvencia y liquidez financiera	Promover políticas de austeridad fiscal y financiera	Razón corriente	Total activo corriente/Pasivo Corriente	Anual	5.36	6	6.5	7	Unidad
			Rentabilidad de Patrimonio	Utilidad Neta/ Patrimonio Total	Anual	8.4	9	9.5	10	Unidad
	Mejorar los índices de rentabilidad mediante el incremento de los ingresos y la optimización de los recursos	Disponer de un programa de gestión y reducción de costos	Margen Operacional	Utilidad Bruta/ Ingresos operacionales	Anual	5.6	6	7	8	Unidad
			Margen Neto	Utilidad Neta/ Ingresos Operacionales	Anual	3.11	3.8	4	5	Unidad

Perspectiva Clientes	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INICIATIVAS ESTRATEGICAS	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	FRECUENCIA	LINEA BASE	2016	2018	2020	UNIDAD DE MEDIDA
	Posicionar el Programa de Atención Integral de VIH como uno de los mejores a nivel nacional	Desarrollar proyectos de mercadeo.	Incorporación de nuevos clientes	Número de contratos nuevos con EPS para atención integral de VIH	Anual	0	1	2	3	Unidad

	Posicionar el Centro de Investigación como centro de referencia que genere reconocimiento institucional por su contribución investigativa al sector salud de la región y del país	Desarrollar proyectos de mercadeo.	Productividad	Número de proyectos de Investigación en curso	Anual	2	4	5	6	Unidad

Perspectiva Procesos	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INICIATIVAS ESTRATEGICAS	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	FRECUENCIA	LINEA BASE	2016	2018	2020	UNIDAD DE MEDIDA
	Incorporar nuevas tecnologías en los procesos de atención	Propiciar la incorporación de nuevas herramientas tecnológicas, de informática o comunicaciones en la gestión de la prestación del servicio	Innovación	Número de equipos de última tecnología adquiridos o incorporación de herramientas informáticas o comunicaciones para la prestación del servicio	Anual	0	2	2	2	Unidad
	Satisfacer las necesidades de los clientes	Realizar mejoras a los procesos de atención a partir de las quejas, reclamos o sugerencias presentadas, previo análisis de la pertinencia de las mismas.	Quejas y reclamos	Número de mejoras hechas a partir de solicitudes, quejas o reclamos/Número de mejoras necesarias planteadas en quejas, reclamos o sugerencias x 100	Semestral	0	100	100	100	%

	Incorporar nuevos productos y servicios	Ampliar el portafolio de servicios con productos estratégicos que estén de acuerdo a la misión y visión de la empresa	Ampliación del portafolio	Número de pruebas o nuevos productos o servicios incorporados	Anual	0	2	4	5	Unidad
	Generar y fortalecer alianzas estratégicas	Crear alianzas con otros centros de referencia en servicios de salud y en investigación para la prestación de servicios y la generación de conocimiento	Alianzas estratégicas	Número de alianzas estratégicas establecidas con instituciones de salud o centros de investigación	Anual	1	1	1	1	Unidad

Perspectiva Aprendizaje y Crecimiento	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INICIATIVAS ESTRATEGICAS	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	FRECUENCIA	LÍNEA BASE	2016	2018	2020	UNIDAD DE MEDIDA
	Impulsar actividades de gestión del talento humano	Implementar procesos para incrementar el desarrollo profesional y personal.	Formación	Número de personas capacitadas/Número de personas con necesidades de capacitación x 100	Semestral	0	50	70	100	%
				Capacitaciones ofrecidas/Capacitaciones solicitadas por el personal	Anual	0	20	30	50	%
	Propiciar incremento de la satisfacción, compromiso y motivación personal como estrategia para evitar los retiros indeseados	Diseñar e implementar estrategias para la retención del talento humano	Retención del talento humano	Número de retiros no deseados de personal	Anual	2	0	0	0	Unidad

	Contar con el capital intelectual requerido	Invertir en capital intelectual.	Automatización de procesos, optimización de tiempo	Número de Procesos mejorados gracias a herramientas tecnológicas	Anual	0	1	1	1	Unidad
--	--	----------------------------------	--	--	-------	---	---	---	---	--------

Nota: Elaboración propia. 2015

9. Conclusiones

1. El diagnóstico de los diferentes entornos de la empresa permitió identificar que cuenta con fortalezas importantes como son el nivel de formación y experiencia del talento humano en el manejo de VIH e investigación, la tecnología de punta en el área de laboratorio clínico para la prestación del servicio, la capacidad de innovación, la calidad de los servicios que presta, la liquidez financiera y acceso a capital cuando se requiere y una muy importante es el centro de Investigación aprobado por el INVIMA. No obstante lo anterior, se evidenció que actualmente el mercado del programa de atención integral es muy competido y todas las instituciones prestan un servicio poco diferenciado lo que ha causado que sea difícil lograr la permanencia de los contratos y la adquisición de nuevos clientes.
2. El Centro de Investigación representa una gran oportunidad de crecimiento para la empresa, ya que es un área de negocio en la que actualmente hay poca competencia, cuenta con un talento humano capacitado, experiencia reconocida en el medio, es fuente importante de ingresos y se consolida cada vez más como una alternativa de permanencia de la empresa a largo plazo ante la posibilidad de que la participación en el mercado del programa de VIH disminuya o desaparezca a causa de la competencia.

3. La reformulación del Marco Estratégico se orienta hacia el crecimiento de la empresa, por medio de la ampliación del área de prestación de servicios, de igual forma se deja manifiesta la intención de ser reconocidos a nivel nacional, tanto por la calidad del Programa de Atención Integral de VIH, como por su participación en estudios clínicos.
4. A pesar de los numerosos indicadores que tiene la organización para el seguimiento de los procesos, se observa la necesidad de contar con indicadores que evidencien el cumplimiento de las dinámicas de gestión, razón por la cual el valor de línea base de algunos indicadores formulados en el BSC es 0, ya que son mediciones nuevas, las cuales se espera sean una ayuda para el cumplimiento de las iniciativas estratégicas, y de esta forma lograr lo propuesto en la visión.
5. Se requiere de un liderazgo capaz de conducir con eficiencia y eficacia sus equipos de trabajo hacia objetivos concretos así como la concientización acerca de la disciplina como elementos clave para lograr la implementación del BSC.

Referencias Bibliográficas

ALTAIR, Consultores (2005). La elaboración del plan estratégico. ECOE Colecciones.

Disponible en la página web: <http://www.altair-consultores.com/sites/default/files/noticias/La%20Elaboraci%C3%B3n%20del%20Plan%20Estrat%C3%A9gico.pdf>

ANDERSEN, H.; Cobbold, I. Y Lawrie, G. (2001) Balanced Scorecard Implementation in SMEs: Reflection on Literature and Practice. 4th SME-SME International Conference, 14- 16 May, Denmark

ARCADE, Jacques. Godet, Michel. Meunier, Francis. Roubelat, Fabrice. (2004). Análisis Estructural con el método MIC MAC y estrategia de los actores con el método MACTOR. Laboratorio de investigación en prospectiva y estrategia. Buenos Aires, Argentina. Disponible en la página web: http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/cvsp/politicaspUBLICAS/godet_analisis_estructural.pdf.

ARZOLA, M. (2007). Modelo conceptual para gestionar la innovación de las empresas del Sector servicios. Revista RVG, 12(37), 80-98. Maracaibo-Venezuela.

BANGUERO, Harold. (2001) Prospectiva y planeamiento estratégico: un enfoque aplicado. Santiago de Cali: editorial unidad de artes gráficas, Universidad del Valle, Facultad de humanidades.

BRAAM, G. y NIJSSEN, E. (2004) Exploring Determinants of Balanced Scorecard Adoption. 27th Annual Congress of the EAA, 1-3 April, Prague.

- BREALEY, Richard. Myers, Stewar & Marcus Alan j. (2007). Fundamentos de finanzas Corporativas. 5 ed. Madrid: McGraw-Hill
- BISBE, Josep (2010). La mayoría de edad del Cuadro de Mando Integral. Harvard Deusto Business Review.
- BISBE, Josep & Joan Barrubés, (2012) El cuadro de Mando Integral como instrumento Para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias. España, Rev. Esp. Cardiol. 2012; 65:919-27 - Vol. 65 Núm.10 DOI: 10.1016
- BUGUEÑO, Moisés (2008). Aplicación del Cuadro de Mando Integral Hospital San José, Ministerio de Salud de Chile, Universidad de Santiago de Chile.
- CALCEDO, José Miguel. Navarro, Luis. Pastor, Ana Clara. Tejedor, Jesús (2012). Comparación de los modelos de evaluación de la excelencia empresarial. Universidad del Algarve, Portugal. Disponible en la página web: <http://tmstudies.net/index.php/ectms/article/viewFile/457/860>
- CIFUENTES, Daniela & Muñoz, Felipe. (2010) Modelo de Gestión Balanced Scorecard Aplicado a la Escuela de Graduados, Facultad Odontología de la Universidad de Chile. Universidad de Chile.
- CHIAVENATO. Idalberto (2007). Administración de recursos humanos. El capital humano De las organizaciones. 8ed. México, D.F: McGraw-Hill.
- FERNÁNDEZ, Alberto, (2001). El Balanced Scorecard: Ayudando a implantar la Estrategia. IESE, Revista de antiguos alumnos. Disponible en la página web: <http://www.ee-iese.com/81/81pdf/afondo4.pdf>
- FERNANDEZ, Roberto (1997). Metodología de la Investigación, edición. Mc Graw Hill.
- GALVIS, Hugo (2010). Diseño de un sistema de indicadores de gestión bajo la

Metodología del Cuadro de Mando Integral en el proceso de servicio al cliente del Instituto Neumológico del Oriente S.A. Universidad Industrial de Santander.

GUAÑARITA, Lizeth. Prado Oscar Andrés. (2012). Traduciendo la estrategia en acción:

Cuadro de Mando Integral para la Fundación Hospital San José de Buga. Universidad ICESI. Cali.

GUMBUS, A. y LUSSIER, R. [2006]: Entrepreneurs Use a Balanced Scorecard to

Translate Strategy into Performance Measures, Journal of Small Business Management, Vol. 44, núm. 3, July: 407-425.

HERNÁNDEZ R., FERNÁNDEZ C. Y BAPTISTA P. (2006). ; Metodología de la

Investigación; McGraw Hil Latinoamericana; Cuarta Edición.

JOHANSEN, O. (1980) Anatomía de la Empresa: Una Teoría General de las

Organizaciones Sociales; Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Departamento de Administración; Universidad de Chile; Santiago; 1980

KAPLAN, Robert. Norton David, (2004). El Cuadro de Mando Integral: The Balanced

Scorecard, Barcelona Ediciones Gestión 2000.

LAWSON, R.A.; Stratton, W.O.; Hatch, T.(2006): Los beneficios de un sistema de cuadro

De mando”, Harvard Deusto Finanzas y Contabilidad, Vol.73, Número 9, pp: 72-80

LEIVA, Heidy & FLAMM, Matías. (2007). Cuadro de Mando Integral (BSC) del Servicio

De Pediatría del Hospital Regional Rancagua. Chile, Rev Chil Salud Pública 2007, Vol. 11 (3): 142-149

LINEAMIENTOS PARA LA GESTIÓN Y ADMINISTRACION DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES-PAI (2015). Ministerio de Salud y Protección

- Social, Dirección de promoción y prevención, Subdirección de enfermedades transmisibles. Informe disponible en la página web: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/lineamientos-pai-2015.pdf
- MARTÍNEZ, Rocío. Dueñas, Roy. Miyahira Juan, Dulanto Luis. (2010). El Cuadro de Mando Integral en la ejecución del plan estratégico de un hospital general. Rev Med Hered. Perú. Disponible en la página web: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v21n3/v21n3ao6.pdf>
- MARTINEZ, Edit. & Briceño, Martha (2012). Estado del arte del direccionamiento Estratégico. Convenio Universidad Santo Tomás-Icontec. Revista Signos, Investigación en Sistemas de Gestión.
- MARTÍNEZ Ramos, M. y Heredia Álvaro, J. (2003). El Balanced Scorecard. Estudio del Proceso de Implantación en una Mediana Empresa, Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión, Vol. I, núm. 2, julio-diciembre: 147-168
- NIÑO, Olga Cecilia. (2012). Diseño de un sistema gerencial estratégico para la empresa de Salud CDI S.A. Universidad Industrial de Santander.
- OLVE, N.G.; Roy, J. y Wetter, M. (2000): Implantando y Gestionando el Cuadro de Mando Integral. Ed. Gestión 2000, Barcelona.
- ORLICH, Jessie. (2013). El análisis FODA. Planificación estratégica. Universidad Para la Cooperación Internacional. Disponible en la página web: [http://www.uci.ac.cr/descargas/AE/FODA\(SWOT\).pdf](http://www.uci.ac.cr/descargas/AE/FODA(SWOT).pdf)

PLAN DE DESARROLLO 2008-2009. Hospital la Ceja. Acuerdo 001 de enero 29 de 2009. Antioquia. Disponible en la página web: http://www.eselaceja-antioquia.gov.co/apc-aafiles/36303939663462633232313535613539/PLAN_DE_DESARROLLO_HOSPITAL_DE_LA_CEJA.pdf

RAMÍREZ, José Luis. (2009). Procedimiento para la elaboración de un análisis FODA Como una herramienta de planeación estratégica en las empresas. Universidad Veracruzana. Disponible en la página web: <http://www.uv.mx/iiesca/files/2012/12/herramienta2009-2.pdf>

RAMPERSAD, H.K. (2005): El Cuadro de Mando Integral, Personal y Corporativo: La Revolución en la Gestión por Resultados, 2ªEdición, McGraw-Hill, Barcelona

SALLENAVE J. (2002) Gerencia y planeación estratégica. 1ra. Edición. Bogotá: Ed. Norma

SERNA, Humberto. (2008) Gerencia Estratégica, Editorial 3R Editores. 2008.

SITUACIÓN DEL VIH/SIDA EN COLOMBIA (2014), Cuenta de Alto Costo, Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Informe disponible en la página web: www.cuentadealtocosto.org/patologias/VIH/docs/SITUACION_DEL_VIH_SIDA_COLOMBIA_2014.pdf

TEJEDOR, J. (2007). Modelo de Gestión de Calidad en Instituciones Sanitarias. Integrando Los modelos de gestión EFQM Y CMI. Colección Estudios nº 199, 1-192. Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid. ISBN 978-84-8188-274-2, D. Legal M. 50.772-2007. Madrid

- URIBE, Marta. Vargas, F. guzmán, (2012). Trabajo de grado propuesta para el
Direccionamiento estratégico del laboratorio clínico del centro de atención y
diagnóstico de enfermedades infecciosas cdi s.a. 2012. Universidad Santo Tomás
- VILLALBÍ J. (2007). El Cuadro de Mando Integral como instrumento de dirección de una
Organización de salud pública. Gaceta Sanitaria
- VILLAJUANA C. (2007) El Tablero de Gestión Estratégica: Cómo impulsar y medir los
Intangibles. 3ra. Edición. Lima: ESAN Ediciones.
- WHEELEN T., J. HUNGER y OLIVA I. (2007) Administración Estratégica y Política de
Negocios; Décima Edición; México; Editorial Pearson.
- ZINGER, J. (2002). The Balanced Scorecard and Small Business: Stages of
Development Perspective. 47th World Conference, International Council for Small
Business, 16-19 June, Puerto Rico.