

**PATOGENIA DE LA IMITACION COMO PARTE DE LA MORBILIDAD
EMPRESARIAL**

**ALIX CONSTANZA ROJAS ESCAMILLA
ANGELICA ZAMBRANO AREVALO**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
FACULTAD DE ADMINISTRACION
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD
BOGOTA D.C.
FEBRERO DE 2011**

**PATOGENIA DE LA IMITACION COMO PARTE DE LA MORBILIDAD
EMPRESARIAL**

**ALIX CONSTANZA ROJAS ESCAMILLA
ANGELICA ZAMBRANO AREVALO**

**Trabajo de Grado
Para optar por el título de:
Magister en Administración en Salud**

**Realizado con la tutoría del Dr.
DR. JAVIER LEONARDO GONZALEZ RODRIGUEZ
Director de la Maestría en Administración en Salud**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
FACULTAD DE ADMINISTRACION
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD
BOGOTA D.C.
FEBRERO DE 2011**

Nota de aprobación:

Firma del revisor externo

Bogotá, D.C. 04 de Febrero de 2011

Dedicamos este trabajo de grado a nuestras familias, por su acompañamiento y apoyo incondicional en los momentos más importantes de nuestras vidas, por representar una guía en este camino y por su paciencia durante la realización de este trabajo, gracias a lo cual es posible hoy alcanzar este sueño.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos especiales a nuestro tutor, por su tiempo, valiosas ideas, su asesoría científica y orientación, sin las cuales no se habría logrado el desarrollo de este trabajo.

A la Universidad del Rosario, por su contribución con la apertura hacia el pensamiento requerido para la formación de los líderes que necesitan las entidades de salud de nuestro país.

A los Hospitales que generosa y desinteresadamente colaboraron con la entrevista realizada dentro de este trabajo, por su aporte vital para esta investigación.

CONTENIDO

ABSTRACT	9
INTRODUCCION	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	13
2. JUSTIFICACION	14
3. OBJETIVOS	15
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	15
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	15
4. METODOLOGIA.....	17
4.1 DISEÑO.....	17
4.2 HIPOTESIS	17
4.3 POBLACION Y MUESTRA	17
4.3.1 Población.....	17
4.3.2 Muestra.....	18
4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y DE EXCLUSION.....	18
4.4.1 Criterios de Inclusión	18
4.4.2 Criterios de Exclusión	19
4.5 FUENTES DE INFORMACION.....	19
4.5.1 Fuentes primarias	19
4.5.2 Fuentes secundarias.....	21
4.6 CALIDAD DEL DATO.....	21
4.7 ASPECTOS ETICOS.....	22
5. MARCO TEORICO	23
5.1 EPIDEMOLOGIA EN LAS POBLACIONES HUMANAS.....	23
5.1.1 Enfoques lineales	23
5.1.2 Enfoques desde el punto de vista de la Complejidad:	29
5.2 EPIDEMOLOGIA EMPRESARIAL.....	33
5.2.1 La imitación empresarial	34
5.2.2 Benchmarking en el Sector Salud.....	39
5.2.3 Benchmarking en Colombia.....	41
5.2.4 Benchmarking en el sector salud en Colombia.....	46
5.3 CONVERGENCIA Y PERDURABILIDAD	52

6. ANALISIS DE RESULTADOS.....	55
6.1 PATOGENIA Y FISIOPATOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS A NIVEL BIOLOGICO	55
6.2 CARACTERISTICAS DE LA IMITACION EN ALGUNAS ORGANIZACIONES DEL SECTOR SALUD	57
6.2.1 Caracterización de los Hospitales estudiados.	57
6.2.2 Nivel de imitación de las instituciones estudiadas.	77
6.2.1 Precio.....	80
6.2.2 Producto	82
6.2.3 Promoción.....	83
6.2.4 Necesidades a satisfacer	84
6.2.5 Discusión y análisis del contexto institucional y nivel de imitación.	86
6.3 COMPARACION ENTRE LOS ORGANISMOS VIVOS Y LAS EMPRESAS .	88
6.4 COMPORTAMIENTO DE LA IMITACION EN ALGUNAS ORGANIZACIONES DEL SECTOR SALUD	93
6.4.1 Factor tiempo	96
6.4.2 Factor financiero	97
6.4.3 Percepción de condiciones motivadoras.....	98
6.4.4 Fuentes de referencia	99
6.4.5 Valoración de resultados	100
6.4.6 Adaptación o ajuste de elementos imitados.....	102
6.5 INTERVENCIONES PREVENTIVAS DE LA CONVERGENCIA Y HACINAMIENTO	105
7. CONCLUSIONES	108
BIBLIOGRAFIA	111
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	113
LISTA DE TABLAS	115
LISTA DE FIGURAS	116
LISTA DE ANEXOS	118
ANEXOS.....	119
GLOSARIO.....	140

RESUMEN

En las organizaciones la innovación constituye un factor determinante del desarrollo y de la perdurabilidad, sin embargo, muchas empresas en el mundo padecen patologías tales como la imitación, que las llevan a perder esta característica diferenciadora, de lo cual no son ajenas las empresas en Colombia.

Es por esto, que cobra vital importancia el estudio de la morbilidad empresarial, proceso que debe generar el conocimiento necesario para que las empresas establezcan las estrategias necesarias para adoptar una gestión administrativa hacia el desarrollo sostenible.

El estudio de la imitación dentro de la morbilidad de las organizaciones es fundamental para proporcionar herramientas de mejoramiento, por lo tanto, la investigación realizada tiene gran trascendencia dentro de la creciente competitividad a la que se ven enfrentadas las empresas, entre ellas las empresas del sector salud.

Esta investigación se adelantó, con el objetivo de proporcionar una visión integral tanto de causalidad como de las consecuencias potenciales del fenómeno de la imitación administrativa hacia la convergencia estratégica y el hacinamiento, para cuyo abordaje preventivo se requiere contar con un conocimiento claro y profundo en cuanto a la etiopatogenia de esta patología, lo cual se considera posible de acuerdo con los resultados del actual estudio, que fue realizado de acuerdo al modelo de comparación entre las enfermedades en los seres vivos y las alteraciones en las empresas, aplicado en la Universidad del Rosario a través del observatorio de epidemiología empresarial.

ABSTRACT

In organizations innovations constitute a determining factor of development and perpetuity, however, many companies in the world suffer pathologies such as imitation, which leads them to loose this distinguishing characteristic, to which Colombian companies are not immune.

This is why the study of a business's morbidity is of vital importance, process that must generate the necessary knowledge for companies to establish the needed strategies for a managerial conduct towards sustainable development.

The study of imitation within the morbidity of organizations, is fundamental in providing tools of improvement, thus, the research done is of great consequence within the growing rivalry to which companies are confronted, amongst them health organizations.

This research was conducted with the objective of affording an integral vision of the potential cause, as well as of the possible consequences, of the phenomenon of managerial imitation towards the converging strategy and overcrowding, for which a preventive approach requires having a clear and deep knowledge of the pathogenesis of the pathology, which is considered possible by virtue of this study, which was performed according to the model of comparison between diseases in living organisms and changes in business, applied at the University of Rosario through business epidemiology observatory.

INTRODUCCION

Una de las principales preocupaciones de los líderes de los diversos sectores empresariales en el mundo, lo constituye la búsqueda constante de la sostenibilidad de sus organizaciones en el tiempo, situación que se ve afectada por diversos factores tanto intrínsecos de las entidades, como de su entorno, pero que de manera común se relaciona con los altos niveles de competencia a los que se ven enfrentadas las instituciones.

De esta manera, es fundamental para el logro de la perdurabilidad de las empresas, avanzar en la formación y el aprendizaje de los diferentes estados que hoy son reconocidos como patologías empresariales, con el objetivo de identificar en primer lugar, de aquellas estrategias de gestión que han sido consideradas prácticas saludables dentro de la gestión, las que en realidad se han convertido en factores de riesgo para el desarrollo continuo y sostenido de las organizaciones, como es el caso de la imitación, estableciendo en segundo lugar la forma como este fenómeno se desarrolla, para proceder a reconocer e implementar de acuerdo a las condiciones particulares de cada institución, las prácticas que se convertirán en elementos diferenciadores, únicos e imposibles de copiar dentro del sector estratégico.

Es por esto, que mediante esta investigación se profundiza en el conocimiento de la imitación como una de la principales patologías empresariales, para proporcionar a las organizaciones las herramientas necesarias para transformar su percepción de este fenómeno considerado estrategia administrativa, y orientar su mirada, al desarrollo de procesos novedosos que se conviertan en ventajas competitivas diferenciadoras, permitiéndoles alcanzar y mantener una posición adecuada dentro de su entorno socioeconómico.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el sector empresarial, una de las situaciones de mayor preocupación es la falta de perdurabilidad de las organizaciones, situación que es compartida de manera similar en Colombia, donde de acuerdo con las proyecciones del censo DANE 2005, el 95% de las empresas del país se encuentran dentro de la clasificación de microempresas, el 3,5% son medianas y el 9,5% son pequeñas empresas, constituyendo estas organizaciones el 97% de la estructura productiva del país, de las cuales sólo el 28% logran mantenerse en el sector estratégico más de cinco años, es decir, dos de cada siete organizaciones; de las cinco restantes, tres logran menos de un año de perdurabilidad.¹

Por esto, se ha estudiado mucho sobre las causas y condiciones que conducen a alteraciones en las empresas, comprometiendo su supervivencia y perdurabilidad, y han sido estudiadas dentro del modelo de homologación de las alteraciones de las organizaciones, como si se tratara de enfermedades o disfunciones como las que padecen los seres vivos.

Dentro de esta clasificación de posibles enfermedades empresariales, se ha identificado mediante investigaciones desarrolladas en la Facultad de Administración de la Universidad del Rosario², al fenómeno de la imitación como

¹ MENESES MARIN, Hernán Roberto. La perdurabilidad de nuestras empresas. Hojas de cuaderno. 2007.

² RESTREPO Puerta, Luis Fernando. RIVERA, Hugo Alberto. ¿Por qué la convergencia estratégica puede originar la mortalidad empresarial? Febrero de 2005

una de las principales patologías, teniendo en cuenta que puede tener un serio impacto en la salud empresarial llevando a las organizaciones a una grave condición o a la muerte, tal como se refleja más adelante en esta investigación.

Como respuesta al interés en ésta patología y con orientación en el modelo de morbilidad de los seres vivos, con enfoque biólogo, se ha querido estudiar las variables y el impacto asociado a la imitación, con el fin de incrementar el conocimiento sobre este tópico, de manera que a mediano plazo se pueda incursionar en el desarrollo de modelos preventivos de esta enfermedad a la par que se hace a nivel de los seres vivos; considerando a las organizaciones como organismos que exhiben vida.

Teniendo en cuenta lo anterior, distintos sectores han profundizado en la etiología de la morbilidad que puede llevar a la mortalidad empresarial, por lo que se han encontrado diversos factores determinantes tanto intrínsecos como del entorno de las organizaciones, tales como, la falta de liderazgo de quienes rigen los destinos de las entidades, el clima organizacional disfuncional, los trastornos en la comunicación a todo nivel, la imitación, el nivel de rivalidad de la competencia, las restricciones normativas de tipo gubernamental, entre otros, considerándose de gran importancia ahondar en el fenómeno de la imitación, debido a las secuelas que produce tanto a nivel individual en las organizaciones como en el sector estratégico en general, con la consecuente convergencia estratégica, hacinamiento y disminución de la rentabilidad que se producen como resultado de

RESTREPO, Luis Fernando. Análisis estructural de sectores estratégicos. Facultad de Administración. Centro Editorial Universidad del Rosario, Bogotá. Colombia, 2004.

este proceso, generando finalmente un impacto negativo en el estado saludable de las empresas y en su desempeño a mediano y largo plazo.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo establecer si la imitación organizativa se comporta como una patología de tipo infeccioso, en analogía con los seres vivos, de modo que se proporcione al sector empresarial los medios necesarios para disminuir los índices de morbilidad y mortalidad?

2. JUSTIFICACION

Es fundamental tener en cuenta que la salud de las empresas y su perdurabilidad son determinantes de la capacidad productiva de un país y por ende del desarrollo económico y social de sus habitantes, por lo tanto, resulta indispensable tomar las medidas necesarias para incrementar la salud y la esperanza de vida de estas organizaciones.

Por otra parte, se ha considerado que el punto de partida para la detección e intervención temprana de las patologías empresariales, es el conocimiento profundo que se construya sobre los factores relacionados con su ocurrencia, así como sobre sus potenciales consecuencias, que pueden llegar finalmente a la desaparición de las organizaciones, produciendo el detrimento de las condiciones financieras y sociales de los trabajadores y sus familias, de los proveedores y de los accionistas, afectando también al sector estratégico al que pertenecen.

Así mismo, para el caso de las entidades prestadoras de servicios de salud, la muerte empresarial ocasiona no sólo los resultados que se producen para las demás organizaciones, sino que tiene un profundo impacto inclusive en el estado de salud de la población del área de influencia.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que la imitación ha sido considerada como una de las principales patologías organizativas de etiología multicausal, que de manera directa está relacionada con la disfunción de las organizaciones e inclusive con su muerte, es fundamental ahondar en el estudio de su patogenia, para lograr que las empresas tengan claridad en cuanto a la ocurrencia de esta alteración y puedan adoptar medidas preventivas y correctivas para lograr la modificación de su historia natural.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar una analogía desde el punto de vista de la patogenia y de la fisiopatología entre las enfermedades infecciosas en los seres vivos, y la imitación como parte de las patologías empresariales, identificando las similitudes y diferencias en su etiología y desarrollo, con el fin de proponer algunas medidas de intervención.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Examinar a la luz de la evidencia científica disponible en la actualidad, la patogenia y fisiopatología de las enfermedades infecciosas a nivel biológico, con enfoque de pensamiento complejo.
- Establecer las características de la imitación como una de las principales patologías de algunas organizaciones del sector salud, responsables de la morbilidad y mortalidad empresarial.
- Identificar y comparar las características que distinguen a los seres vivos y a las empresas como organismos que exhiben vida.
- Establecer las características de la imitación empresarial, de tal manera que puedan asimilarse a una enfermedad infecciosa, desde el enfoque de las ciencias de la complejidad.

- Identificar y proponer algunas intervenciones que las organizaciones podrían adelantar en busca de la modificación de la historia natural de la imitación, para lograr alterar su curso clínico hacia la convergencia estratégica y el hacinamiento.

4. METODOLOGIA

4.1 DISEÑO

Se realizó un estudio de carácter cualitativo, mediante la planificación, recolección y análisis de la información relacionada con la imitación empresarial, sus causas, características y consecuencias, en analogía con las patologías en los seres vivos, de tipo exploratorio porque se abordó un tema del que se consideró era necesario un examen más profundo, y de corte, en el que se evaluó la posible etiología y factores determinantes de esta patología organizacional.

4.2 HIPOTESIS

A nivel empresarial el fenómeno de la imitación se comporta como una patología de tipo infeccioso.

4.3 POBLACION Y MUESTRA

4.3.1 Población

La población estuvo conformada por Hospitales Públicos de II y III Nivel, de los Departamentos de Cundinamarca y Boyacá, que hubieran sido acreditados o se encontraran en proceso de acreditación, teniendo en cuenta que en nuestro país, este sistema incluye el desarrollo de la referenciación competitiva, tanto al interior de la organización, como con otras entidades consideradas como líderes en el sector en la implementación de prácticas reconocidas o percibidas como exitosas.

4.3.2 Muestra

Se utilizó el muestreo por conveniencia, es decir, que a criterio de las investigadoras, se eligieron los Hospitales Públicos que se consideró podrían aportar información valiosa al estudio.

De esta forma, los cuatro hospitales públicos seleccionados cumplieron las siguientes características:

-De acuerdo al nivel de atención: tres instituciones catalogadas como de II Nivel y una como de III Nivel de Atención.

-De acuerdo a su georreferenciación: dos instituciones ubicadas en el departamento de Cundinamarca, una en el departamento de Boyacá y una en Bogotá.

-De acuerdo a su avance en el sistema de acreditación: las cuatro entidades en proceso de preparación, ninguna acreditada aún.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y DE EXCLUSION

4.4.1 Criterios de Inclusión

Se tomaron Hospitales Públicos de los Departamentos de Cundinamarca y Boyacá, clasificados como de II y III Nivel de Atención que han utilizado la metodología del benchmarking dentro de sus estrategias de gestión.

4.4.2 Criterios de Exclusión

Se excluyeron entidades de salud de carácter privado, así como hospitales catalogados como de I Nivel, que no correspondan a la red de prestadores de servicios de salud de los departamentos de Cundinamarca o Boyacá, o que no se encontraran en desarrollo del proceso de acreditación.

4.5 FUENTES DE INFORMACION

4.5.1 Fuentes primarias

- Entrevista semiestructurada.

En relación con esta fuente, se construyó un formato de entrevista semiestructurada, que puede observarse en el anexo A, compuesto por cuatro preguntas estructuradas teniendo en cuenta las diferentes etapas del proceso de benchmarking, establecidas por Michael J. Spendolini, que permitieron realizar una comparación entre las cuatro entidades entrevistadas, alternadas con preguntas espontáneas relacionadas con las respuestas que los entrevistados proporcionaron durante el proceso, con el objetivo de permitir que de forma libre se profundizara en las condiciones y características específicas de cada hospital.

Por otra parte, se incluyeron en la entrevista semiestructurada dos preguntas más relacionadas con la percepción del servicio estrella de cada entidad y con las principales necesidades a satisfacer en los clientes objetivo, estas con el fin de realizar una prueba de hacinamiento cualitativo que mediante la comparación de estos aspectos y otros tomados de la observación directa de cada entidad y de las

fuentes gubernamentales y de internet, permitió establecer el nivel de imitación de los cuatro hospitales. La transcripción de las entrevistas que se realizaron puede observarse en el anexo B.

- Información de internet.
- Observación directa en las entidades.

A través de estos dos medios se obtuvo la información correspondiente a servicios prestados por los hospitales, tarifas establecidas para el cobro de los servicios, principales clientes y medios de publicidad utilizados externa e internamente, información que fue necesaria para la determinación del nivel de imitación de los hospitales en la prueba de hacinamiento cualitativo.

La prueba de hacinamiento cualitativo consistió en la aplicación del instrumento tomado del texto Análisis Estructural de Sectores Estratégicos, del Dr. Luis Fernando Restrepo Puerta, que permite identificar el grado de imitación de determinadas empresas dentro de un sector estratégico, mediante el análisis de unas categorías importantes de acuerdo al tipo de producto o servicio de las organizaciones objeto de estudio, estableciendo el grado de diferenciación o de similitud que existe para estas variables, en las diferentes empresas.

Una vez establecidas por parte de las investigadoras las categorías significativas para el sector de los hospitales públicos estudiados, se procedió a comparar las características y el comportamiento de cada una de ellas para las distintas instituciones, teniendo como parámetro para establecer el nivel de imitación, el siguiente código:

1. No presenta imitación.
2. Imitación parcial.

3. Imitación total.

Posteriormente, se procedió a calcular un promedio de la calificación otorgada por las investigadoras a las distintas necesidades para cada variable o categoría identificada, e igualmente se obtuvo un promedio total para la identificación del grado de imitación general entre los cuatro hospitales analizados.

La consolidación de esta información puede observarse en la tabla 1.

4.5.2 Fuentes secundarias

- Artículos de revistas.
- Publicaciones gubernamentales.

Por medio de estas fuentes se logró complementar la información requerida para la prueba cualitativa de hacinamiento, en los casos en los que no había sido posible obtener algunos datos de las entidades, mediante las fuentes primarias.

4.6 CALIDAD DEL DATO

Tanto la recolección de los datos como la interpretación de la información, se realizó por parte de las investigadoras a la luz del modelo y de las teorías propuestas en la Facultad de Administración de la Universidad del Rosario, por el Dr. Luis Fernando Restrepo.

4.7 ASPECTOS ETICOS

Dentro de los criterios éticos en el estudio realizado, se tuvieron en cuenta entre otros el valor social o científico, el respeto y la confidencialidad y anonimato de la información, dando en este último caso cumplimiento a los compromisos adquiridos con las organizaciones y personas que participaron en la investigación, mediante la reserva de las fuentes.

5. MARCO TEORICO

5.1 EPIDEMIOLOGIA EN LAS POBLACIONES HUMANAS

Una enfermedad puede ser considerada como la función anormal de una estructura o elemento dentro de un organismo, que puede afectar el estado de salud del individuo y poner en peligro su permanencia dentro del sistema.

Por consiguiente, en el desarrollo de la ciencia se hizo necesaria una disciplina científica que buscara la construcción del conocimiento entorno a las condiciones de salud de las poblaciones, con el objetivo de lograr la intervención y el control de los factores relacionados con la salud y la enfermedad, mediante la identificación de las causas de los problemas de salud de las sociedades, siendo esta ciencia la epidemiología.

Por lo anterior, cobra vital importancia el método científico en que se basa esta ciencia, en relación con el estudio de la frecuencia de aparición de las patologías, su etiología, y las determinantes que permiten o facilitan la ocurrencia de estos eventos en la población, encontrando que a lo largo de la historia han sido utilizados distintos enfoques de causalidad, con el objetivo de analizar los factores tanto físicos, como químicos y biológicos que conducen al desarrollo de una enfermedad, es decir, al estudio de su patogenia. Dentro de estos enfoques podemos resaltar los que se mencionan a continuación.

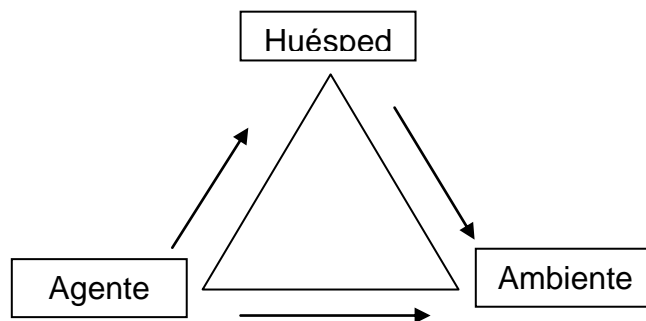
5.1.1 Enfoques lineales

Estos modelos han sido empleados históricamente, y se basan en el análisis causa-efecto, que constituye la primera etapa del desarrollo evolutivo de la

epidemiología como ciencia, y están conformados por diversos modelos, que tiene como fundamento la clásica triada epidemiológica causal, conformada por el agente, huésped y ambiente, como se observa en la Figura 1, dentro de la cual se consideran los siguientes conceptos. ³

Figura 1.

Triada epidemiológica clásica



Fuente: Introducción a la historia de la epidemiología. Alejandro Sanín B.

- Agente infeccioso o causal

Es aquel elemento biológico que mediante una interacción huésped- parásito es capaz de producir la infección, a través de mecanismos de transmisión, siendo esta interacción de diversos tipos, tales como:

Simbiosis: Interacción que produce beneficio tanto para el huésped como para el agente causal.

³ Epidemiología de las Enfermedades Transmisibles. Técnicos Especialistas en Medicina Nuclear y Radioterapia. Tema 13. Apartado 1.

Comensalismo: Produce beneficio para el huésped o para el agente, sin efectos lesivos para el otro.

Parasitismo: El agente obtiene beneficios del huésped produciéndole perjuicio.

- Organismo (Huésped)

Posee características que definen la interacción con el agente infeccioso determinando la susceptibilidad o resistencia del huésped, estando ésta última dada en tres niveles: anatómico, fisiológico e inmunológico.

En cuanto a la susceptibilidad del huésped se considera que existen características propias en las cuales no tienen influencia el agente infeccioso ni el ambiente, y características variables, que dependen de la interacción entre los tres elementos.

- Medio (Ambiente)

Existen factores físicos, biológicos, y socioeconómicos que de una manera dinámica causan efectos sobre el huésped y el agente infeccioso.

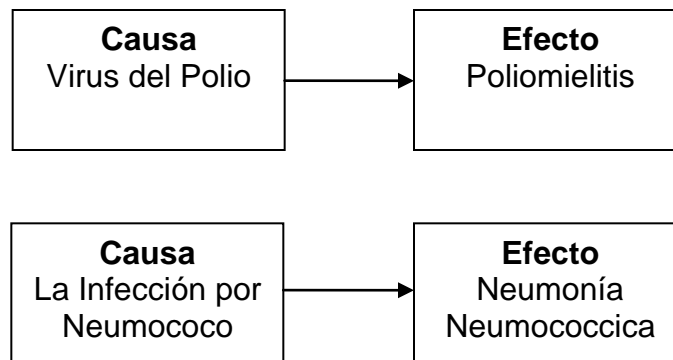
Como parte del estudio de las enfermedades transmisibles, se ha definido que dentro del proceso de infección deben participar el agente causal vivo y exógeno, la respuesta orgánica, y la condición del agente causal de ser transmisible.

- **Modelo de causas únicas-efectos únicos.**

Dentro de los modelos causales que buscan dar una explicación al proceso salud-enfermedad, encontramos el modelo de causa simple, efecto simple, como enfoque de mono causalidad utilizado a principios del siglo XX, en el que el agente era considerado factor suficiente para producir la enfermedad, sin que se tengan en cuenta factores relacionados con el huésped o con el medio ambiente, siendo muy utilizado para explicar la etiología de las enfermedades infecciosas.⁴ Figura 2.

Figura 2.

Modelo de monocausalidad.



Fuente: Epidemiología Básica. Licenciada Margaret Pacheco.

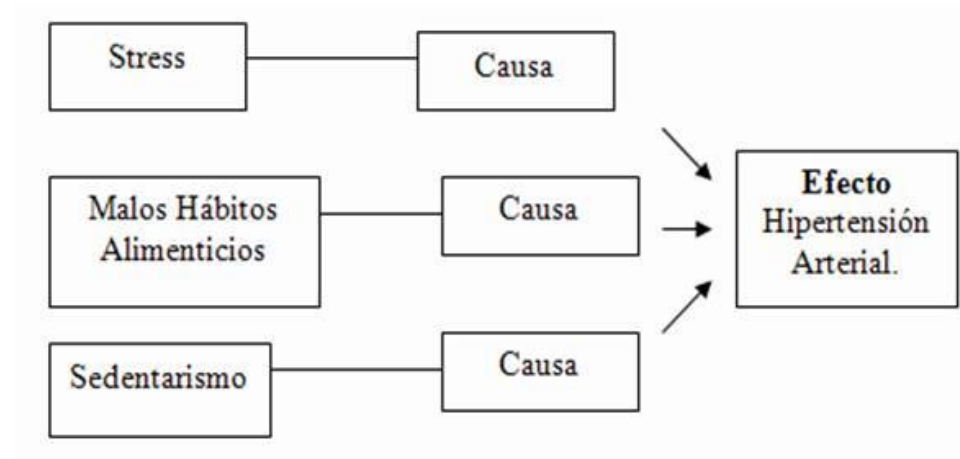
- **Modelo de causas múltiples-efectos únicos.**

Este modelo aceptaba la presencia de factores del huésped y del entorno, y no sólo la presencia del agente causal, como determinantes de la aparición de la enfermedad, siendo utilizados para explicar las enfermedades crónicas. Figura 3.

⁴ PACHECO, Margaret. Epidemiología Básica. Monografía. República Bolivariana de Venezuela. Julio de 2008.

Figura 3.

Modelo de multicausalidad con efecto único.



Fuente: Epidemiología Básica. Licenciada Margaret Pacheco.

Posteriormente, debido a la modificación del perfil epidemiológico de la población, se observa que las enfermedades no transmisibles empiezan a ocupar las principales causas de muerte, lo cual produce la segunda etapa en la evolución de la epidemiología hacia la década de los años cincuenta, originando el tercer modelo causal, el modelo de causas múltiples-efectos múltiples.

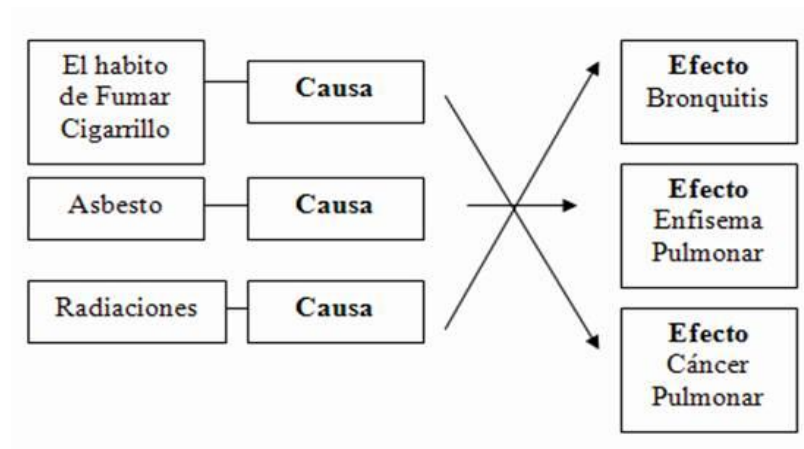
- **Modelo de causas múltiples-efectos múltiples:**

Este modelo presenta como base para su análisis la multicausalidad como responsable de varios efectos y se basa en la observación de los factores de riesgo de una patología. Predomina en muchas de las investigaciones actuales, pero sigue teniendo, un enfoque lineal como base para el análisis, al igual que los dos modelos anteriores.

Dentro de este enfoque se destaca el modelo Dever, que desde 1976 con base en el análisis multicausal de factores determinantes, permite fundamentalmente la formulación de políticas orientadas a la priorización de la intervención en salud. Este modelo se observa en la Figura 4.

Figura 4.

Modelo de multicausalidad con efectos múltiples.



Fuente: Epidemiología Básica. Licenciada Margaret Pacheco.

En conclusión, en la historia del estudio del proceso de salud y del fenómeno de la enfermedad, desde el punto de vista lineal, existen tres modelos causales que son el de causa simple efecto simple, causa múltiple efecto simple y el modelo de causa múltiple efecto múltiple.⁵

Los enfoques presentados en el documento han constituido un avance en la evolución de la epidemiología, sin embargo, son todos modelos lineales que no

⁵ Programación al de ciencia y tecnología de la salud de santa fe de Bogotá. Colciencias 1992.

consideran como parte de su análisis las características de los sistemas, lo que pueden producir deficiencias en la capacidad de predicción y por lo tanto en el control de los procesos patológicos.

5.1.2 Enfoques desde el punto de vista de la Complejidad:

Es importante tener en cuenta que en la naturaleza la mayoría de fenómenos no se comportan de manera lineal, sino que corresponden a sistemas complejos, es decir, están formados por una red no lineal de interacciones, entendidas éstas como que “a cada acción no le corresponde una respuesta estrictamente proporcional a dicha acción, en ocasiones pequeñas acciones provocan grandes efectos, mientras que grandes acciones casi no provocan efectos, las cuales distribuidas en todo el sistema le permiten desarrollar una gran capacidad de adaptación a los cambios y en ocasiones, con una alta sensibilidad a las condiciones iniciales, lo cual es típico de los sistemas caóticos”⁶

Los problemas de salud vistos desde el punto de vista de la complejidad pueden tener etiología en factores de origen físico, mecánico, químico, biológico y psicológico, generalmente asociándose la acción de algunos o de todos ellos en el fenómeno de la enfermedad.

Los sistemas complejos son sistemas abiertos, que como ya se mencionó responden a pequeñas variaciones de sus condiciones iniciales desestabilizándose, pudiendo dar origen inclusive a estructuras completamente nuevas.

⁶ ORTIZ HERNANDEZ, E. Complejidad nuevo paradigma en la salud, Innovación y Ciencia. Facultad de Medicina. Universidad Médica. “Carlos J. Finlay” Camagüey Cuba. 2005; 12(1)

Por lo tanto, podemos concluir que “los enfoques de estudio basados en la complejidad no determinan causas únicas ni múltiples, sino causas complejas”⁷ en sistemas adaptativos que al producir interacciones de manera no predecible cambian las acciones de otros sistemas, de modo que interactúan conformando un solo sistema que tiende a la autorganización y como respuesta a los fenómenos se reorganiza en un nuevo equilibrio dinámico, constituyendo así, los sistemas complejos adaptativos.

- **Enfoque de Complejidad de enfermedades transmisibles**

Las interacciones entre las variables que determinan la transmisión de las enfermedades infecciosas son complejas, no lineales.

Un ejemplo de ellas lo constituye la malaria para cuyo estudio hay que tener en cuenta tanto la susceptibilidad humana como la del agente infeccioso, en este caso del mosquito, la probabilidad de supervivencia diaria del mosquito, el periodo de incubación del parásito, que a su vez dependen de factores como la temperatura y el nivel de precipitaciones del entorno.

Otro ejemplo importante son las infecciones ocurridas en el nuevo mundo después de la colonización, en las cuales es necesario tener en cuenta los procesos de inmunidad no existentes en la población nativa, por falta de contacto con la enfermedad, pero también, la ruptura de la base económica y de los hábitos alimenticios de suministro de ésta población, así como también la alteración de las redes sociales.

⁷ RAMIS ANDALIA, Rina Milagros. Revista Cubana de Salud Pública v. 30 n. 3 Ciudad de la Habana. Jul-Sept. 2004.

La representación de la causalidad para los sistemas complejos han sido descritas como estructuras formadas por anillos concéntricos en los que en el centro se ubican las características básicas de los individuos (edad, sexo, factores constitucionales, estilos de vida, entre otros), en el primer anillo se encuentran las redes sociales y comunitarias base del individuo; en el siguiente anillo se ubican las condiciones de vida y trabajo (condiciones de vivienda, redes de servicios de salud, educación, empleo y ambiente laboral, agricultura y producción de alimentos); en el anillo exterior se encuentran las condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales.⁸

Por otra parte, partiendo de la determinación de enfermedad como ausencia de salud, un enfoque importante en el análisis desde el punto de vista de la complejidad de la etiología de las enfermedades, lo representan los estudios de las determinantes sociales de la salud, dentro de los cuales es necesario mencionar como pionero el informe Lalonde que en 1974 estableció cuatro factores principales: 1) el estilo de vida de los individuos, 2) el medio ambiente físico y social, 3) las características biológicas humanas, y por último 4) los servicios de salud; conservándose sin embargo, el énfasis en la relevancia de las condiciones de vida y trabajo de los individuos como aspecto fundamental en sus condiciones de salud.

Así mismo, es necesario resaltar el establecimiento de las determinantes de salud desde el punto de vista canadiense, en el cual priman las características sociales, resaltándose además de ellas las siguientes:

- Ingreso y posición social.
- Empleo y condiciones de trabajo.

⁸ PIERCE, Neil. FRANCO, Merletti. Complejidad, Simplicidad y la epidemiología. Oxford University Press. Asociación Internacional de Epidemiología. 2006.

- Educación.
- Alimentación y nutrición.
- Entorno ambiental físico.
- Equidad de género, étnico cultural y generacional.
- Redes de apoyo social.
- Hábitos personales y aptitudes de adaptación.
- Desarrollo de la niñez sana.
- Servicios de salud en calidad y cantidad.
- Características biológicas y dotación genética.

Dentro de los modelos que buscan interpretar las determinantes sociales de la salud, se resalta de manera importante la influencia de los aspectos económicos, y dentro de ellos el modelo más difundido es el que se observa en la figura 5, elaborado por Dahlgreen y Whitehead, en la cual se hace una división general entre determinantes proximales y distales de la salud. Los autores ubican en el centro del gráfico los individuos con sus condiciones propias de edad, género, etc. y sus características genéticas.

En el siguiente nivel de la gráfica, ubican las influencias sociales, y de la comunidad en la cual se encuentran los individuos y que representan su apoyo social, constituyendo la principal influencia sobre los hábitos de comportamiento de los individuos.

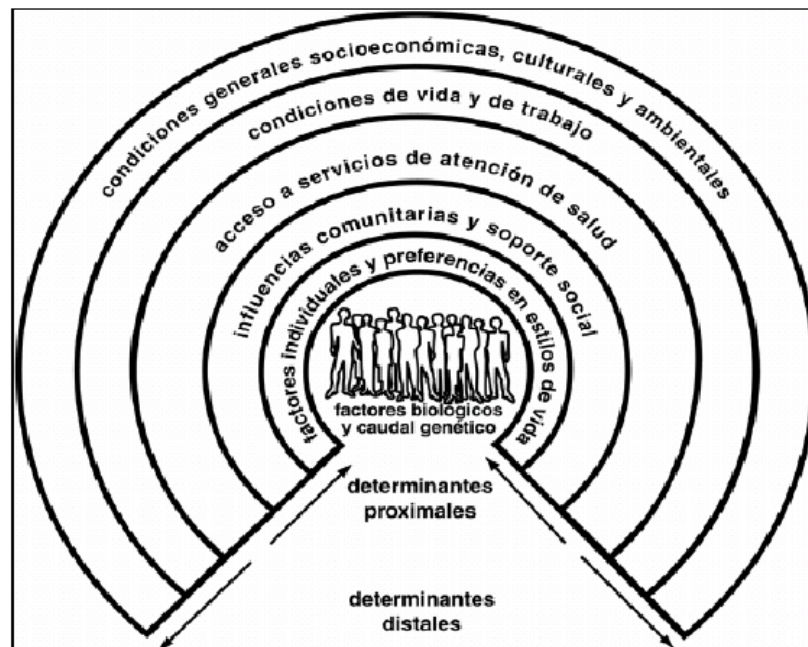
Posteriormente se encuentran factores relacionados con las condiciones de vida y trabajo, tales como las condiciones de vivienda, y servicios públicos, y condiciones propias de salud ocupacional.

En el último círculo e interactuando sobre los demás determinantes, establecen las condiciones económicas, culturales y medioambientales de la sociedad.

Figura 5.

Representación del modelo de influencias por niveles de factores de Dahlgreen y Whitehead

Representación del modelo de «influencias por niveles de factores» de Dahlgreen y Whitehead



Fuente: Economía Política de las Determinantes Sociales de la Salud. Raúl More Palacios. Informe Final. Lima, Diciembre de 2009.

5.2 EPIDEMIOLOGIA EMPRESARIAL

El modelo de investigación planteado por la Facultad de Administración de la Universidad del Rosario, a través del Laboratorio de Epidemiología Empresarial, mediante la aplicación de la metodología de la epidemiología, busca monitorear y divulgar información relacionada con las alteraciones empresariales que pueden tener un importante impacto en la perdurabilidad de las organizaciones, realizando una analogía entre estos fenómenos y los procesos de salud y enfermedad de los seres vivos.

De esta forma, la epidemiología empresarial consiste en la aplicación de procesos de investigación y de modelos de gestión basada en la evidencia a las organizaciones, con fundamento en el método científico, y tiene como objetivo estudiar las características y los factores determinantes de los estados y eventos relacionados con la salud y la enfermedad empresarial, para contribuir con el fortalecimiento de las entidades y con su crecimiento sostenible.

Las patologías empresariales se han definido como aquellas alteraciones que ocasionan un funcionamiento organizacional no alineado con los objetivos originales de las entidades. Dentro de las principales patologías empresariales se mencionan las siguientes:

- Falta de liderazgo.
- Equipos de trabajo disfuncionales.
- Relaciones interpersonales deterioradas.
- Comunicación defectuosa.
- Desmotivación.
- Imitación.

Siendo de interés ésta última patología para el presente proyecto, a continuación se profundizará en ella.

5.2.1 La imitación empresarial

El benchmarking o técnica de evaluación comparativa, ha sido una estrategia de imitación utilizada con mayor frecuencia en la industria automotriz, sector en el cual se busca lograr el diseño de productos con las mejores tecnologías disponibles, al menor precio, dando respuesta a las necesidades y expectativas

de los clientes, para lo cual, teniendo conocimiento del sector estratégico y de las distintas organizaciones que hacen parte de él, se identifica aquella o aquellas que aparentemente realizan las mejores prácticas o los mejores resultados en producción o rendimiento, para analizar sus procesos de manera comparativa con los propios, procediendo a implementar las medidas necesarias para alcanzar el mismo desarrollo en los procesos de producción y/o en los productos ofertados.

Se ha definido esta estrategia como un proceso de aprendizaje de las experiencias de aquellas organizaciones identificadas como exitosas, que sirven de base para que otras organizaciones establezcan planes de mejoramiento, logrando alcanzar condiciones de ventaja competitiva dentro del sector.

El concepto de benchmarking competitivo tiene sus orígenes en 1979 cuando la compañía Xerox realiza una modificación a sus prácticas de comparación de las operaciones internas de la compañía, dirigiendo su atención a los procesos y productos de la competencia, cuyo estudio proporcionaría a la compañía las herramientas necesarias para desarrollar una ventaja con respecto a las demás empresas.

A partir de esta experiencia, se ha definido el benchmarking como “el proceso continuo de medición de productos, servicios y prácticas contra los competidores más duros o aquellas compañías reconocidas como líderes en la industria” (David T. Kearns, director general de Xerox Corporación).

Definiendo el benchmarking como una herramienta para el mejoramiento de los procesos dentro de las organizaciones, para lograr condiciones superiores de competitividad, se han establecido distintas categorías:

- Interno:

Actividades similares en diferentes sitios, departamentos, áreas de gestión, países.

- Competitivo:

Competidores directos que venden a la misma base de clientes.

- Funcional:

Organizaciones acreditadas por tener lo más avanzado en productos, servicios y procesos.

De acuerdo a lo establecido por Michael J Spendolini, en el proceso de benchmarking se identifican diferentes etapas:

1. Determinar a qué se le va a hacer el benchmarking.

Esta etapa corresponde básicamente a la definición de clientes para el benchmarking, la información de interés para ellos, y los factores críticos de éxito que deben definirse para la evaluación comparativa.

2. Formación de un equipo de benchmarking.

Consistente en la conformación de equipos de trabajo de acuerdo al nivel requerido por la organización (interfuncionales, interdepartamentales, interorganizacionales, etc.), con la identificación de responsables y sus funciones, al igual que los requerimientos de capacitación de los mismos y los cronogramas de las actividades a desarrollar.

3. Identificación de socios de benchmarking.

Se basa en la identificación de las fuentes fiables para la obtención de la información acerca de las organizaciones que llevan a cabo las mejores prácticas y de los procesos implementados dentro de cada una de ellas que serán objeto de comparación.

4. Recopilar y analizar la información de benchmarking.

Teniendo como fundamento el amplio conocimiento de los procesos al interior de la propia organización, y una vez obtenida la información de interés correspondiente a la competencia, se procede a su consolidación y organización, terminando en su análisis y síntesis, orientado a la toma de decisiones de mejoramiento.

5. Actuar.

Consistente en la elaboración de un informe de benchmarking con base en el análisis y síntesis de la información obtenida, que posteriormente se presenta a los clientes, identificando de manera clara los procesos susceptibles de mejora.

Como puede observarse, este autor establece como aspecto fundamental para el proceso del benchmarking la determinación por parte de la organización de los “factores críticos de éxito”, siendo ellos los aspectos clave en las cuales se hace necesaria la obtención de los mejores resultados que lleven al cumplimiento de los objetivos de la organización.

Por otra parte, aunque tradicionalmente se ha considerado el benchmarking como un proceso de gran utilidad que sirve como base para realizar mejoras al interior de las organizaciones, es importante tener en cuenta que la imitación puede conducir a la convergencia estratégica relacionada con la venta de los mismos productos o la prestación de los mismos servicios, generalmente una limitada

variedad de ellos, con la utilización de los mismos medios de publicidad e igualmente dirigida a los mismos cliente objetivo, situaciones que reducen la rentabilidad de las organizaciones de manera particular y en general en el sector estratégico, y que pueden conducir a la mortalidad empresarial.

Es por esto que es fundamental profundizar en el estudio de la imitación que puede producirse en diferentes aspectos como el diseño de nuevos productos, la implementación de nuevos procesos, métodos de gestión y modelos de organización.

La imitación es considerada como la respuesta de las organizaciones a la incertidumbre del sector en el cual compiten, ante lo cual surge la necesidad de tomar acciones rápidas de producción que además disminuyan los costos y el tiempo requerido para creación del aprendizaje organizacional por medio de la propia experiencia. Se han documentado varias teorías que tratan de explicar el fenómeno de la imitación a nivel empresarial, tales como:

- Teoría de la gestión estratégica.
- Teoría económica del comportamiento de rebaño.
- Teoría del comportamiento mimético de las organizaciones.
- Teorías relativas a la rivalidad competitiva.

Estas teorías establecen en común, que las estrategias similares pueden disminuir la rivalidad, conduciendo sin embargo a inversiones en un número limitado de productos, lo que puede disminuir el rendimiento financiero de las empresas, poniendo en riesgo la perdurabilidad de las organizaciones.

Igualmente se analiza en éstas teorías, como la imitación se produce bajo unas condiciones específicas como la asimetría de las empresas en su tamaño,

recursos y posición estratégica dentro del mercado, aspecto dentro del cual se observa que son las empresas pequeñas y con pocos recursos las que tienen una mayor tendencia a la imitación de las estrategias de expansión de las grandes empresas rivales en el sector, y por otra parte, la incertidumbre ambiental como factor que incentiva la imitación teniendo en cuenta que el aprendizaje por medio de la experiencia propia de la empresa implica un mayor esfuerzo, y una inversión superior en tiempo y recursos económicos, siendo aparentemente más fácil tratar de repetir los procesos y estrategias de aquellas organizaciones que tienen mayor conocimiento y habilidad.⁹

5.2.2 Benchmarking en el Sector Salud

Para las instituciones de salud en general, el benchmarking es considerado como una herramienta administrativa de gestión, que permite a las empresas que la utilizan, realizar procesos de investigación mediante la observación y medición de procesos de otras instituciones, con el objetivo de llevar a cabo una comparación con la forma de desarrollar los procesos propios y con su resultado, logrando entonces que las organizaciones establezcan un modelo o patrón a copiar, teniendo en cuenta que la referenciación se realiza con las entidades de salud del sector consideradas como exitosas.

Por otra parte, se encuentra que en el sector salud, el uso de la estrategia del benchmarking a nivel latinoamericano podría remontarse a las reformas de los sistemas de salud de varios países, fundamentadas en modelos como el

⁹ LIEVERMAN, Marvin B. ¿Why do firms imitate each other? [en línea] Septiembre de 2002. La Escuela Anderson de UCLA. Disponible en www.anderson.ucla.edu/faculty/marvin.lieverman/wording.../imitation.pdf

Canadiense y el Español, que aparentemente han tenido resultados positivos e impacto en el estado de salud de sus poblaciones.

Así mismo, se hace referencia en el sector hospitalario, a la implementación de la estrategia del benchmarking a procesos de compra, a estructuras y procesos de gestión de entidades con superioridad reconocida como prestadores de servicios de salud, en actividades tales como servicio al cliente tanto interno como externo, y en mercadeo.

Desde otro punto de vista, se ha considerado que la evaluación comparativa en el sector salud es “un proceso continuo que busca identificar y comprender las práctica, métodos y procesos de los demás, para personalizar estas prácticas a la propia organización y su contexto”¹⁰, identificando como objetivo fundamental el mejoramiento de la utilización de los recursos basados en la identificación de las mejores prácticas.

Por otra parte, se hace énfasis en la importancia de la cooperación entre las organizaciones que van a adelantar el proceso del benchmarking, para permitir el acceso a la información clave que dio como resultado su desarrollo sostenible, debido a que sin esta colaboración no existiría una base válida sobre la cual adelantar la referenciación.

¹⁰ La evaluación comparativa como herramienta de Salud Pública y Promoción de la Salud. Promoción de la Salud en Ontario E-Boletín, OHPE 223, Tomo 2001, No 223

5.2.3 Benchmarking en Colombia

A nivel nacional el benchmarking, como parte de las estrategias de calidad y competitividad empresarial, ha sido utilizada aunque no de manera generalizada, como una estrategia de comparación cuantitativa, en la que se describen resultados exitosos en aspectos generales de interés organizacional, tales como filosofías, políticas y prácticas, que permite en el corto plazo un avance importante para el desarrollo institucional, aspecto de vital importancia dentro del contexto de alta rivalidad en el que se desarrolla el mercado productivo en la actualidad, a diferencia del crecimiento obtenido mediante el aprendizaje propio de las entidades, situación que demanda una mayor inversión de recursos y de tiempo, para la obtención de los resultados esperados.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que este instrumento catalogado como estrategia de mejoramiento, se fundamenta en la capacidad de las empresas para compartir información acerca de sus políticas, sus procesos, y estrategias, y básicamente de aquellos procesos relacionados con el logro de niveles superiores de calidad dentro de la organización, por lo que este proceso debe partir de un cambio en la cultura organizacional empresarial tradicional, en la que divulgar en forma detallada información considerada de vital importancia para la entidad, no es una práctica generalizada.

En Colombia se describen proyectos de investigación que utilizan la metodología del benchmarking en sectores estratégicos tales como el biotecnológico de bebidas alcohólicas, biopesticidas y vacunas, en el que existen problemáticas relacionadas con la falta de apoyo gubernamental para la implementación de procesos de innovación, así como para la inversión en educación del recurso humano para el desarrollo de sus capacidades creativas, situaciones que

infortunadamente son comunes en numerosos sectores productivos del país, incluyendo el sector salud.

De esta forma, en el sector biotecnológico se han llevado a cabo procesos de benchmarking, tomando como base las características propias de estas empresas, las cuales a su vez son comparadas con entidades consideradas líderes tanto en innovación como en transferencia de tecnología, dentro de la búsqueda del fortalecimiento cualitativo y cuantitativo de este tipo de gestión empresarial.

Como parte de la implementación del benchmarking en el sector biotecnológico en Colombia se describe la siguiente metodología: “La investigación inicia realizando una consulta bibliográfica acerca de Benchmarking; la primera etapa se enfoca principalmente a la búsqueda de bases conceptuales del Benchmarking (Origen; metodologías; tipos; etc.). Una vez identificado el marco conceptual se recopilan casos prácticos de aplicación de Benchmarking a nivel internacional en donde se evalúan los aspectos positivos; obstáculos; metodologías y resultados de los estudios. En este proceso se contactan también las principales instituciones que practican y fomentan el benchmarking a nivel internacional con el fin de obtener mayores bases conceptuales y enriquecer el estudio con experiencias documentadas. La segunda etapa comienza con la búsqueda de desarrollos teóricos y prácticos del Benchmarking en Colombia; se contactó el centro de desarrollo Tecnológico que fomenta prácticas de calidad y gestión: Corporación Calidad; con el fin de evaluar el estado de aplicación del Benchmarking a nivel Nacional. Posteriormente se elaboró un cuestionario que consta de 14 preguntas las cuales buscaban identificar los siguientes aspectos: Concepto de Benchmarking y su aplicación a nivel Nacional, concepto general de factores críticos de éxito en las organizaciones, determinación de los FCE (Factores críticos de éxito) en empresas de biotecnología, evaluación del grado de aplicabilidad de un estudio de benchmarking para mejorar las prácticas de

innovación y transferencia de tecnología, indagación de las diferentes opiniones de los encuestados en cuanto a la posibilidad de medición de las actividades de innovación tecnológica y de transferencia de tecnología. La encuesta descrita en este documento se aplicó a asesores de diversas áreas de formación y del sector productivo; entre ellas están: Ingeniería Química, Economía, Química Farmacéutica, Ingeniería Industrial; Ingeniería Mecánica; Derecho y Psicología, (que coincidían con su experiencia referente a la gestión tecnológica), Consultores y expertos en Benchmarking (CORPORACIÓN CALIDAD y Grupos de Consultoría) ; Instituciones relacionadas con la Biotecnología (Corporación para el desarrollo industrial de la biotecnología CORPODIB; Instituto Colombiano para el desarrollo de la ciencia y la tecnología “Francisco José de Caldas” – COLCIENCIAS- ; Corporación para el desarrollo de la biotecnología – BIOTEC-); ; empresas que han realizado Benchmarking (ACES; IAC- Instituto de automatización y codificación comercial colombiano)-; y profesionales y grupos relacionados con la gestión de tecnología (TECNOS). Se contó con 13 participantes en total”.¹¹

Como resultado de la encuesta realizada en el sector biotecnológico, se describe en este estudio que en Colombia el benchmarking es un concepto relativamente nuevo y se limita en la mayoría de entidades que utilizan esta estrategia a la comparación de indicadores y no a características cualitativas de los procesos, buscando sin embargo, de manera común, alcanzar el nivel de aquellas empresas identificadas como exitosas en el sector, con el objetivo de aumentar la capacidad competitiva de las organizaciones y lograr su sostenibilidad y perdurabilidad.

¹¹ GARAVITO, Sandra. SUAREZ, Elizabeth. Desarrollo Conceptual del benchmarking y consideraciones de aplicación práctica. Caso: Empresas con procesos biotecnológicos. 2001.

Por otra parte, se registra en este estudio que varios de los asesores encuestados consideran que el benchmarking no es una herramienta de mejoramiento exitosa, debido principalmente a la falta de conocimiento de la estrategia, al desarrollo de la misma basado en la intuición de quienes la aplican y no en el conocimiento profundo de su metodología y principalmente a las dificultades que se presentan para que las empresas compartan información relacionada con sus prácticas exitosas.

Otra experiencia relacionada con la aplicación de la estrategia del benchmarking en Colombia, es la desarrollada por la compañía ACES, en la que se describe que la implementación de esta metodología permitió ordenar los procesos, aumentar la productividad del personal y un ahorro económico importante, al disminuir el tiempo de servicio en tierra, que de manera óptima debe ser mínimo para las aerolíneas.

También se describe en el país, la realización de tres estudios de benchmarking por parte del Instituto Colombiano de Codificación y Automatización Comercial, en el desarrollo de cadenas de abastecimiento, en los cuales participaron empresas tales como Distribuidora Farmacéutica Roma, Alpina Productos Alimenticios, y Laboratorios Baxter, Carvajal, y COMPAQ, quienes en general consideran que la estrategia posibilita la comparación de sus entidades, frente a otras consideradas líderes en el mercado, logrando así una gestión más eficiente, en la medida en que “se aprende a hacer mejor las cosas” Hernán Méndez. Presidente de Alpina Productos alimenticios, sin embargo, estos estudios de referenciación competitiva no han sido difundidos ampliamente.

De igual forma, se registra en la literatura, la elaboración de un Modelo de Benchmarking de la cadena de abastecimiento para Pequeñas y Medianas Empresas (Pymes) Manufactureras, llevado a cabo en una muestra de empresas

del Programa de Desarrollo Sectorial de Alimentos de la ciudad de Cali, en el cual se destaca que las Pymes representan el 96% de las empresas del país, de acuerdo a estadísticas del Ministerio de Desarrollo, siendo para ellas fundamental la prestación de servicios con alto valor agregado a sus clientes, lo cual constituya la característica diferenciadora que puede permitirles la sostenibilidad en los mercados altamente competitivos, por lo que la logística entendida como la “red de actividades relacionadas con el propósito de administrar el flujo continuo de materiales y personas pertenecientes al canal logístico”¹², debe ser considerada no de manera aislada, sino como un todo, una serie de interacciones dinámicas, que deben existir de manera integrada, para lograr un mejoramiento real en la satisfacción del cliente.

En este modelo, se considera que la cadena de abastecimiento es la incorporación de los procesos considerados claves para la organización, desde los proveedores hasta el consumidor final, y de esta forma, se aplicó la metodología del benchmarking como herramienta de mejoramiento de este sistema, basándose en el estado actual de los procesos logísticos de las empresas, en comparación con las prácticas ideales en este campo a nivel mundial, lo que da origen a planes de mejoramiento que pretenden disminuir la brecha entre la calidad observada y la calidad deseada relacionada con la cadena de abastecimiento, y con la satisfacción de los clientes.

Como resultado de la aplicación de esta metodología en tres de las empresas del Programa de Desarrollo Sectorial de alimentos de Acopi en la ciudad de Cali, se logró el diagnóstico de la situación actual de las cadenas de abastecimiento de

¹² BELTRAN, Alfredo. BURBANO, Angélica. Modelo de benchmarking de la cadena de abastecimiento para pymes manufactureras. Estudios Gerenciales. Universidad ICESI Colombia. Número 84. 2002

estas empresas de manera comparativa con las prácticas logísticas ideales, de donde surgió la elaboración de planes de mejoramiento orientados al fortalecimiento de sus potencialidades y a la mitigación de las debilidades identificadas.

Por otra parte, se reseña que la entidad asesora pionera en Colombia en la metodología del benchmarking, es la Corporación Calidad, entidad que ha coordinado el Sistema de Referenciación Competitiva Nacional, sin embargo, su labor no ha sido extensamente difundida. La Corporación Calidad es una entidad que asesora a las empresas en el desarrollo e implementación de la metodología del benchmarking de manera estructurada, contando con una base teórica suficiente, que permita la adecuación y adopción de prácticas cuyo éxito haya sido comprobado en su sector estratégico, para lograr incrementar la competitividad de las organizaciones, en la búsqueda de la sostenibilidad en el largo plazo.

Esta entidad tiene carácter mixto, y es una organización sin ánimo de lucro que fue creada en 1991 en el marco de la Ley de Ciencia y Tecnología, contando en su junta directiva con la participación de la Presidencia de la República, el Ministerio de Comercio Industria y Turismo, Colciencias, el Consejo Gremial Nacional y seis representantes de los Miembros Asociados. Como parte de sus activos se menciona el Sistema Nacional de Benchmarking, como estrategia de mejoramiento de la competitividad de las organizaciones en el país, de la cual sin embargo, no se encontró en la revisión realizada, una divulgación considerable.

5.2.4 Benchmarking en el sector salud en Colombia

En el sector salud, el benchmarking o proceso de referenciación competitiva, ha sido empleado como mecanismo de mejoramiento continuo de la calidad, y como estrategia de crecimiento organizacional, basada en la identificación, análisis e

implementación de procesos catalogados como experiencias exitosas dentro del sector, relacionados principalmente con aspectos tales como la búsqueda de la mejor manera de realizar una actividad, y la optimización de los recursos humanos y físicos disponibles.

Su implementación se relaciona con las reformas en el sistema de salud, basadas en el modelo de salud español y canadiense, sistemas en los que se registra que la estrategia del benchmarking ha mostrado resultados satisfactorios.

En Colombia, con la reglamentación del Sistema Obligatorio de Calidad en el año de 1996, se definió como uno de sus componentes el Sistema Único de Acreditación, como proceso a instaurar para alcanzar niveles superiores de calidad a los exigidos como requisito mínimo para la prestación segura de los servicios de salud.

El diseño de este sistema de acreditación se basó en un estudio realizado bajo la orientación del Ministerio de la Protección Social, en el que se analizaron los avances en la acreditación de instituciones de salud de doce países, así como los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), diseñándose entonces el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, con la participación del Centro de Gestión Hospitalaria, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud.

De esta forma, en el año 2006, mediante el Decreto 1011 se estableció como uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el Sistema Único de Acreditación, definido como “el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento

de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso”¹³, que tiene como uno de sus objetivos afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, para que pueda decidir libremente la entidad donde quiere ser atendido.

Dentro del Sistema Único de Acreditación, se determinaron mediante la Resolución 1445 del año 2006, reglamentaria del Decreto 1011 del mismo año, una serie de trescientos dos estándares para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de apoyo, de gestión de la tecnología y de sedes ambulatorias integradas en red, de modo que les permite a las organizaciones evaluar sus procesos de mejoramiento de la calidad, partiendo de procedimientos de autoevaluación al interior de las organizaciones, comparando sus niveles de calidad con estándares específicos. Para la valoración de los estándares, se cuenta con tablas de calificación y ponderación, que se evalúan una serie de dimensiones como el enfoque, la implementación y los resultados, con diferentes variables en cada dimensión.

De esta forma, en la dimensión de los resultados, se determina la variable de comparación, con una calificación de cinco puntos, es decir, la calificación superior posible para un estándar, otorgada al lograr que “los resultados sean comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubiquen en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Contar con un sistema de evaluación y mejora de los

¹³ ICONTEC. Guía Básica para la Acreditación en Salud. Colombia. 2005.

sistemas de comparación”¹⁴, lo que a su vez representa un incentivo como estrategia de promoción del mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, al difundir las mejores prácticas de las organizaciones.

Es decir, dentro de la metodología de implementación del Sistema Único de Acreditación en Salud en Colombia, se estimula a las organizaciones a realizar procesos de referenciación comparativa y de divulgación y publicación de prácticas exitosas, como parte del desarrollo del modelo de mejoramiento continuo de la calidad.

De esta forma, la referenciación comparativa constituye una herramienta de mejora de las instituciones, y se basa en el estudio y el análisis detallado de las prácticas, procesos, y políticas reconocidas en el sector estratégico como superiores, adaptándolas a las características propias y del entorno de la organización.

Esta práctica ha sido utilizada en el sector salud primordialmente en procesos de mejoramiento de los servicios de atención al cliente y en la creación de la cultura del servicio, así como en procesos de mercadeo y de capacitación de recursos humanos. Es decir, la mayoría de experiencias de referenciación comparativa que se reseñan en Colombia en el sector salud, corresponden al denominado benchmarking administrativo, llevado a cabo en procesos tales como facturación, admisiones y programación de órdenes médicas, entre otros, que busca establecer como ante procesos similares, existen en algunas organizaciones resultados superiores, sin encontrar por otra parte, en la revisión realizada, que el benchmarking denominado clínico, tenga una utilización generalizada en el país.

¹⁴ Ministerio de la Protección Social. Resolución 1445 de 2006. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora. Manual de Estándares.

Como experiencia práctica descrita en el país, con relación a la referenciación comparativa, se encuentra el Grupo Bench Colombia, que define como sus principales objetivos “Contribuir al desarrollo del sector, mediante la promoción de estrategias exitosas de referenciación comparativa, estandarizar conceptos y metodologías para la aplicación de estudios de referenciación competitiva en los procesos críticos, y desarrollar una herramienta para el análisis periódico y sistemático de prácticas reconocidas en el mercado como exitosas, que se constituya en un insumo de mejoramiento de las instituciones participantes”¹⁵.

Esta organización, permite mediante una plataforma web, referenciar en línea las instituciones que estén interesadas en esta metodología, y específicamente se registra la participación de la E.S.E. Hospital del Sur Gabriel Jaramillo Piedrahita del municipio de Itagüí, donde se encuentran disponibles los siguientes procesos denominados por la institución como procesos críticos de la empresa, haciendo parte del modelo de referenciación competitiva: proceso administrativo gerencial, proceso de gestión financiera, proceso de hospitalización, proceso de urgencias, proceso de promoción y prevención, proceso de gestión de bienes e insumos, proceso de atención al usuario, proceso de ayudas diagnósticas y de servicios ambulatorios.

La institución ha definido para la realización del proceso de referenciación comparativa una serie de etapas, dentro de las cuales se identifica en primer lugar la etapa de planeación estratégica, en la que se seleccionan los procesos a referenciar, con base en el impacto que representen para los usuarios. Esta fase incluye las acciones de acercamiento a la entidad con la cual se va a referenciar la institución, y del establecimiento del cronograma para el desarrollo de este

¹⁵ www.bench-colombia.com. Bench Colombia. Sistema de Referenciación para la Construcción.

proceso; en segundo lugar, se determina la etapa de recolección de información y se procede al análisis de la misma de manera comparativa con los resultados propios, terminando con las etapas de adaptación e implementación de las prácticas definidas como útiles para la entidad, y con el seguimiento de los resultados obtenidos.

Es importante destacar además, que para la identificación de las mejores prácticas, el Hospital Gabriel Jaramillo Piedrahita del municipio del Sur de Itagüí, ha desarrollado una base de datos en la que se incluyen instituciones que han alcanzado menciones, premios especiales, asociaciones profesionales, corporaciones y organizaciones reconocidas por su trabajo en temas de calidad en salud.

Por otra parte, se encontró en la revisión realizada, el estudio denominado Informe Final Piloto Referenciación Competitiva, llevado a cabo en el año 2001 por el Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, y Canadian Council on Health Services Accreditation Qualimed, bajo la dirección del entonces Ministerio de Salud, en el que se hizo un proceso de referenciación competitiva aplicada al proceso crítico de distribución y administración de medicamentos, para la E.S.E. Hospital Santa Clara, describiendo como principales resultados la motivación del trabajo en equipo relacionado con el proceso referenciado, el logro de la capacitación y sensibilización del recurso humano participante en el proyecto, la implementación de acciones efectivas tendientes al cumplimiento de la política institucional de farmacovigilancia y la estandarización y sistematización del proceso.

En general, en la revisión realizada se encontró que la estrategia del benchmarking no se encuentra aún generalizada en el sector salud en Colombia, a pesar de tener un componente normativo de gran importancia, siendo ésta una

práctica considerada como óptima dentro de la metodología a desarrollar para la implementación del Sistema Único de Acreditación en el país, sin embargo, se hallaron algunos ejemplos de la aplicación de este tipo de procesos en organizaciones de salud, que de manera común consideraron haber obtenido resultados satisfactorios, particularmente relacionados con el cambio organizacional y la estandarización de procesos clave para las entidades, con base en prácticas identificadas como las mejores en el sector.

5.3 CONVERGENCIA Y PERDURABILIDAD

En muchos sectores empresariales se ha determinado que aquellas organizaciones que orientan su gestión estratégica hacia el desarrollo de productos o servicios similares, hacia los mismos clientes objetivo y mediante los mismos canales de distribución o medios de publicidad, presentan el fenómeno denominado convergencia estratégica, situación que puede llevar a las entidades que la padecen a desempeños inferiores a los esperados, a disminución en sus utilidades y a hacinamiento, entendido este como la aglomeración en un mismo sector estratégico de un número de empresas que se considera excesivo, y consecuentemente a procesos de morbilidad e inclusive de mortalidad empresarial, debido básicamente a que en este punto de uniformidad estratégica, la competencia termina basándose en los precios bajos y en estrategias como las promociones.

Por otra parte, se considera que “se puede llegar a la convergencia no por voluntad propia, sino por necesidad; en el caso de las empresas que buscando un desempeño superior se dejan llevar por el instinto de moverse colectivamente e

implementar las mejores prácticas”¹⁶, es decir, se presentan en un sector estratégico resultados identificados por las empresas como exitosos, lo que lleva a las organizaciones de dicho sector a pensar que la forma más fácil, rápida, económica o aparentemente segura de obtener resultados igualmente satisfactorios, es adoptar estrategias de gestión similares a las de la empresa líder.

En la figura 6 se pueden observar las características y consecuencias de la convergencia estratégica.

Figura 6. Causas y consecuencias de la convergencia estratégica



Fuente: ¿Por qué la convergencia estratégica puede originar la mortalidad empresarial? Luis Fernando Restrepo Puerta y Hugo Alberto Rivera. 2005.

¹⁶ RESTREPO PUERTA, Luis Fernando. Rivera, Hugo Alberto. ¿Por qué la convergencia estratégica puede originar la mortalidad empresarial? Febrero de 2005

Así mismo, es importante señalar, que el Dr. Restrepo en su artículo ¿Por qué la convergencia estratégica puede originar la mortalidad empresarial?, clasifica el fenómeno de la convergencia en dos tipos, como se menciona a continuación:

1. La convergencia de eficacia operativa

Relacionada con la mejor utilización de los recursos mediante la optimización de los procesos de la organización. Esta práctica se desarrolla mediante la referenciación competitiva y lleva a la imitación de prácticas o procesos puntuales de la entidad referenciada.

2. El reposicionamiento

Proceso consistente en explorar y tratar de alcanzar la posición estratégica de la empresa que se estima como la mejor en el sector estratégico. Consiste en una imitación generalizada de la gestión empresarial líder.

De esta forma, podemos concluir que los dos tipos de convergencia mencionados por el Dr. Restrepo, conducen en forma similar al hacinamiento, con sus secuelas correspondientes de disminución de la rentabilidad, teniendo como diferencia básica la severidad del fenómeno de imitación que se presenta y la velocidad de aparición de sus consecuencias.

6. ANALISIS DE RESULTADOS

6.1 PATOGENIA Y FISIOPATOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS A NIVEL BIOLOGICO

En la revisión teórica realizada, se observó como con el paso del tiempo el estudio de la causalidad de las enfermedades, dentro de ellas las enfermedades infecciosas, ha evolucionado progresivamente, desde enfoques lineales basados en análisis simples de causa-efecto entre los elementos definidos como la triada epidemiológica clásica conformada por el huésped, el agente y el medio ambiente, en los cuales se reconocen tres tipos básicos de enfoques, el de causas únicas-efectos únicos, el de causas únicas-efectos múltiples y el de causas múltiples-efectos múltiples, siendo común a todos ellos la presencia del agente como factor suficiente para la aparición de enfermedad, principalmente en el caso de las enfermedades infecciosas.

Posteriormente, se encontró que como parte de la búsqueda de la etiología de las enfermedades, empezó a considerarse que la mayoría de los fenómenos en la naturaleza se comportan como sistemas complejos, en los cuales se presentan una serie de interacciones y cuyas respuestas a las acciones no producen de manera proporcional las reacciones correspondientes, apareciendo entonces el concepto de causas complejas. Este es un desarrollo conceptual que va de la mano de la evolución de las ciencias de la complejidad que modifican la visión del mundo y sus fenómenos al pasar de un enfoque determinista, lineal y simple a uno de carácter multicausal, complejo y caótico.

Así mismo, una vez reconocido el carácter de sistemas complejos de la mayoría de los fenómenos de la naturaleza, en este escenario y gradual cambio de

paradigma se involucra también el enfoque del estudio de la enfermedad dado que esta se constituye en un evento social de gran preocupación por su impacto en todos los escenarios de interés (político, económico, sociológico, entre otros).

Como un desarrollo posterior al enfoque conceptual de la triada ecológica y de los determinantes de salud plateados por Blum y Lalonde como resultado del enfoque social canadiense se han dado otras explicaciones de la causalidad de los procesos de enfermedad como la interacción permanente entre una serie de factores que gráficamente han sido ubicados en forma de anillos concéntricos, en los cuales se consideran desde las características básicas de los individuos, pasando por las condiciones de su entorno social, laboral y familiar, hasta las singularidades culturales y ambientales del medio ambiente en el cual se desarrolla el individuo; conceptos que se amplían en el capítulo correspondiente al marco teórico de este trabajo.

Es así como en la historia de la ciencia en relación con el estudio de las enfermedades, ha existido una tendencia progresiva a considerar a los individuos como sistemas complejos compuestos por una gran cantidad de elementos tanto propios como de su entorno, que de forma permanente interactúan entre sí de manera imprevisible y que tienden a la autorganización, siendo la enfermedad el resultado de todos estos elementos y de sus imprevisibles interacciones, y no sólo el resultado de la acción de un agente causal como condición necesaria, sobre un huésped en un determinado ambiente, como se consideraba anteriormente.

De lo anterior se hace una presentación más amplia y profunda en el capítulo correspondiente al marco teórico.

6.2 CARACTERISTICAS DE LA IMITACION EN ALGUNAS ORGANIZACIONES DEL SECTOR SALUD

6.2.1 Caracterización de los Hospitales estudiados.

Los cuatro hospitales que se incluyeron en el estudio de imitación, corresponden tal como se explica en el capítulo de metodología a cuatro instituciones de diferentes niveles de complejidad, de los cuales se obtuvo alguna información sobre indicadores generales de gestión y desempeño que se presentan a continuación. Vale la pena aclarar que la información más amplia se presenta en los anexos de este documento.

Hospital A.

El Hospital A es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de carácter público, de II Nivel de Complejidad, cabecera de una Subred de prestadores de servicios, conformada por 17 municipios, por lo que se constituye en centro de referencia de la región del departamento donde se encuentra ubicada. Su objeto social es la prestación de servicios de salud, siendo sus prioridades de atención las actividades de promoción, atención y recuperación de la salud, así como la prevención, el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, la investigación y la extensión de sus servicios.

A continuación se presentan los indicadores de calidad de este Hospital, reportados por la institución al Ministerio de la Protección Social, en cumplimiento de lo ordenado por la Resolución 1446 de 2006, reglamentaria del Decreto 1011 de 2006.

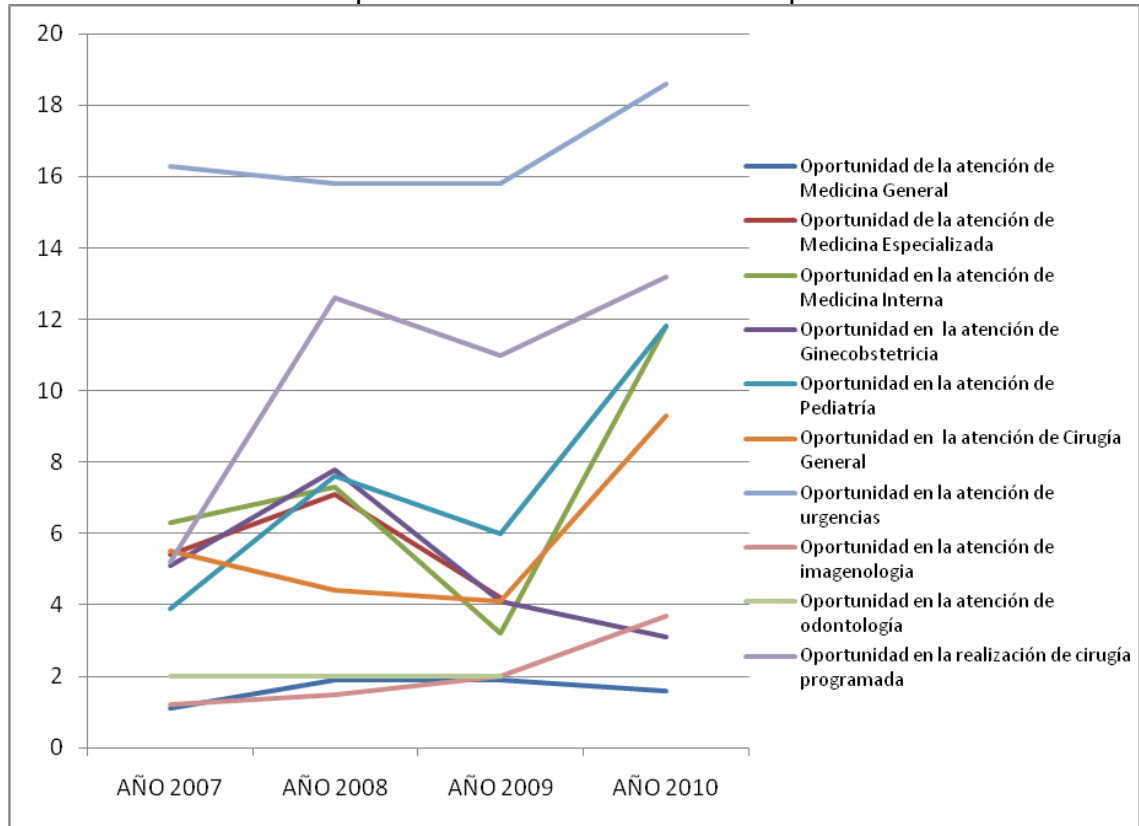
Tabla 1. Indicadores de Calidad. Hospital A

INDICADOR	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010
Oportunidad de la atención de Medicina General	1,1	1,9	1,9	1,6
Oportunidad de la atención de Medicina Especializada	5,4	7,1	4,2	—
Oportunidad en la atención de Medicina Interna	6,3	7,3	3,2	11,8
Oportunidad en la atención de Ginecobstetricia	5,1	7,8	4,1	3,1
Oportunidad en la atención de Pediatría	3,9	7,6	6,0	11,8
Oportunidad en la atención de Cirugía General	5,5	4,4	4,1	9,3
Proporción de cancelación de cirugía programada	14,8	8,3	9,5	13,8
Oportunidad en la atención de urgencias	16,3	15,8	15,8	18,6
Oportunidad en la atención de imagenología	1,2	1,5	2	3,7
Oportunidad en la atención de odontología	2	2	2	—
Oportunidad en la realización de cirugía programada	5,2	12,6	11	13,2
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	0,2	0,2	0,1	0,4
Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada	90,1	90,1	90,5	88,2
Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	6,7	23,5	1	3,4
Tasa de infección intrahospitalaria	1,3	0,8	0,1	0,3
Proporción de vigilancia de eventos adversos	100	100	100	44,4
Tasa de satisfacción global	91,9	83,6	80,5	91,6

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud. Cuadro de Mando del SOGC. Reportes Públicos del SOGC. Sistema de Información para la Calidad SIC. Indicadores por sede.

En relación a los indicadores reportados por el Hospital A durante los años 2007 a 2010 en cuanto a la oportunidad, como se muestra en la figura 7 a continuación, se encontró en general un mejor resultado en los años 2007 y 2009, con una prolongación en la oportunidad para la atención a los usuarios en los años 2008 y 2010. Con respecto a los indicadores de proporción de cancelación de cirugía programada y proporción de hipertensión arterial controlada, muestran un mejor comportamiento durante los años 2008 y 2009, a diferencia del indicador de vigilancia de eventos adversos, que presentó resultados óptimos durante los años 2007 a 2009, y disminuyó, además de manera sustancial para el año 2010. Figura 8. Para los indicadores reportados en tasas, se observa un comportamiento estable en el indicador de tasa de reingreso de pacientes hospitalizados, a diferencia de los indicadores de tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas y de tasa de infección intrahospitalaria, que muestran mejores resultados durante el año 2009. Figura 9.

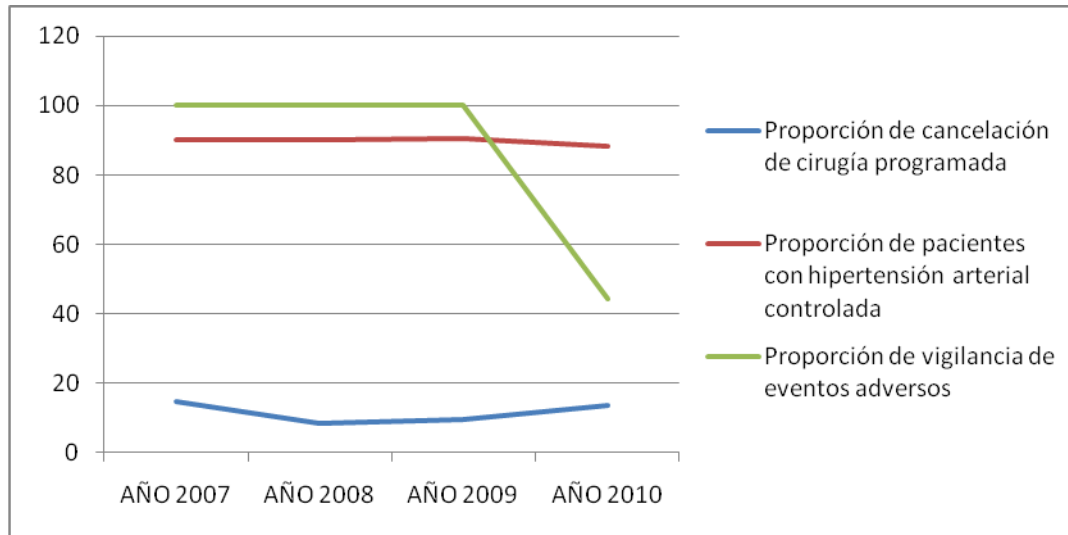
Figura 7.
Indicadores de Calidad. Oportunidad en la atención. Hospital A.



Fuente: Desarrollo de las autoras.

Figura 8.

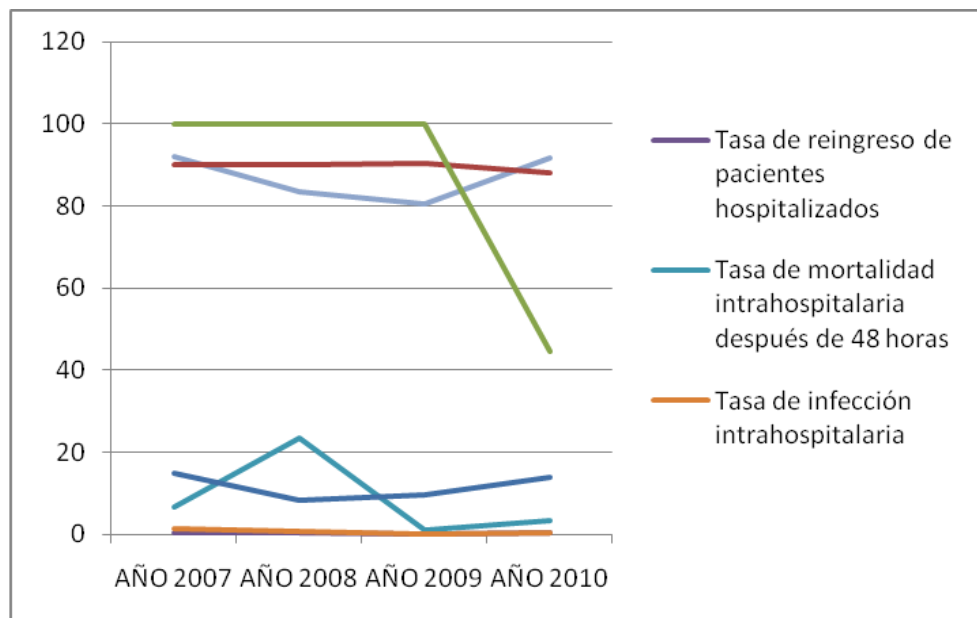
Indicadores de Calidad. Proporciones. Hospital A.



Fuente: Desarrollo de las autoras.

Figura 9.

Indicadores de Calidad. Tasas. Hospital A.



Fuente: Desarrollo de las autoras.

Hospital B.

El Hospital B es una entidad pública que inició la prestación de servicios de salud en el año de 1887, siendo transformada en Empresa Social del Estado en el año 1996. Actualmente se encuentra clasificado como una entidad pública con Personería Jurídica, Autonomía Administrativa y Patrimonio propio, catalogado como institución de II Nivel de atención y realiza atenciones de baja, media y alta complejidad.

Este hospital tiene una sede principal y catorce sedes periféricas que corresponden a centros de atención de baja complejidad, ubicadas a lo largo del área de influencia de la entidad, por lo que el hospital B funciona como centro de referencia para estas sedes, al ser cabecera de red por su georreferenciación.

Tabla 2. Indicadores de Calidad. Hospital B

INDICADOR	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010
Oportunidad de la atención de Medicina General	4,6	4,6	9,5	8,6
Oportunidad de la atención de Medicina Especializada	17	20,4	20,2	23,7
Oportunidad en la atención de Medicina Interna	34,8	28	17,1	23,2
Oportunidad en la atención de Ginecobstetricia	20	32,2	26,8	36,1
Oportunidad en la atención de Pediatría	5,9	10,6	25	22,7
Oportunidad en la atención de Cirugía General	8,4	4,6	3,6	11
Proporción de cancelación de cirugía programada	18,5	18,3	16,4	15,6
Oportunidad en la atención de urgencias	31,6	27,5	21,8	19,4
Oportunidad en la atención de imagenología	6,5	2,3	8,3	13,3
Oportunidad en la atención de odontología	1,6	1	2,5	7,6
Oportunidad en la realización de cirugía programada	14,5	14,6	11,5	14,4
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	0,85	0,3	0,35	0,35
Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada	65,5	65	76	76
Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	9,5	11,1	14,3	10,6
Tasa de infección intrahospitalaria	1,1	1,2	1,4	0,95
Proporción de vigilancia de eventos adversos	96,5	99,2	88,5	96,1
Tasa de satisfacción global	93,6	93	74,1	80

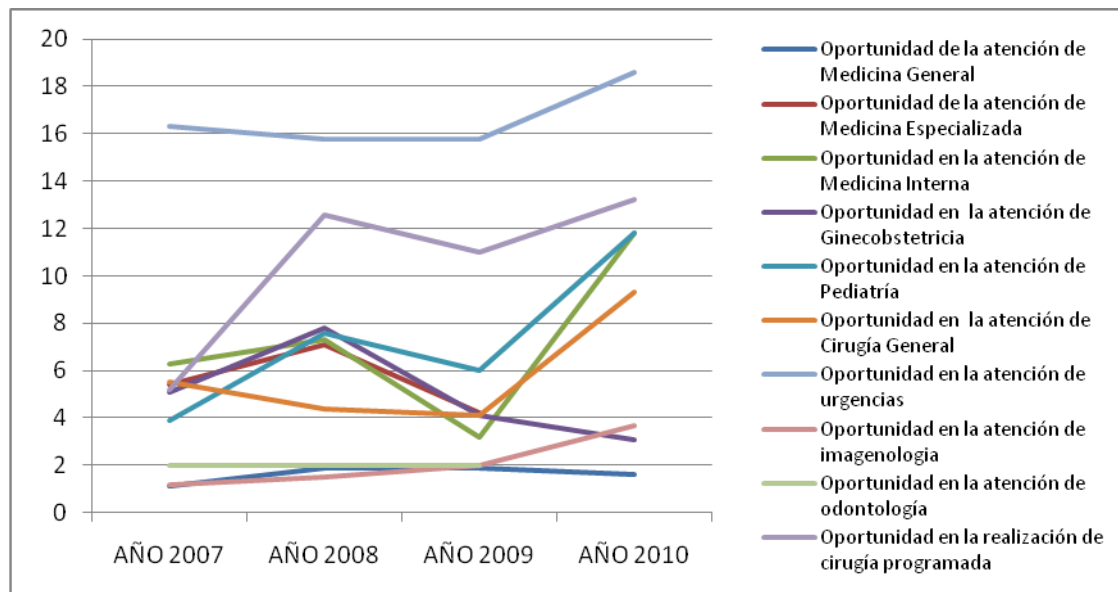
Fuente: Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud. Cuadro de Mando del SOGC. Reportes Públicos del SOGC. Sistema de Información para la Calidad SIC. Indicadores por sede.

El comportamiento en los indicadores de oportunidad para la atención en el Hospital B, muestra mejores resultados durante el año 2009 en general, como se observa en la figura 10, a diferencia de los indicadores expresados en

proporciones, que presentan una evolución estable en el tiempo, excepto el indicador de proporción de vigilancia de eventos adversos, óptimo durante los años 2007 a 2009, mostrando un descenso significativo en el año 2010. Figura 11. Con respecto a los indicadores de calidad expresados en tasas, al igual que los indicadores de oportunidad, muestran mejor comportamiento en el año 2009, excepto el indicador de tasa de satisfacción global, en el que precisamente para este año se observan los resultados más bajos, con respecto al periodo de tiempo reportado. Figura 12.

Figura 10.

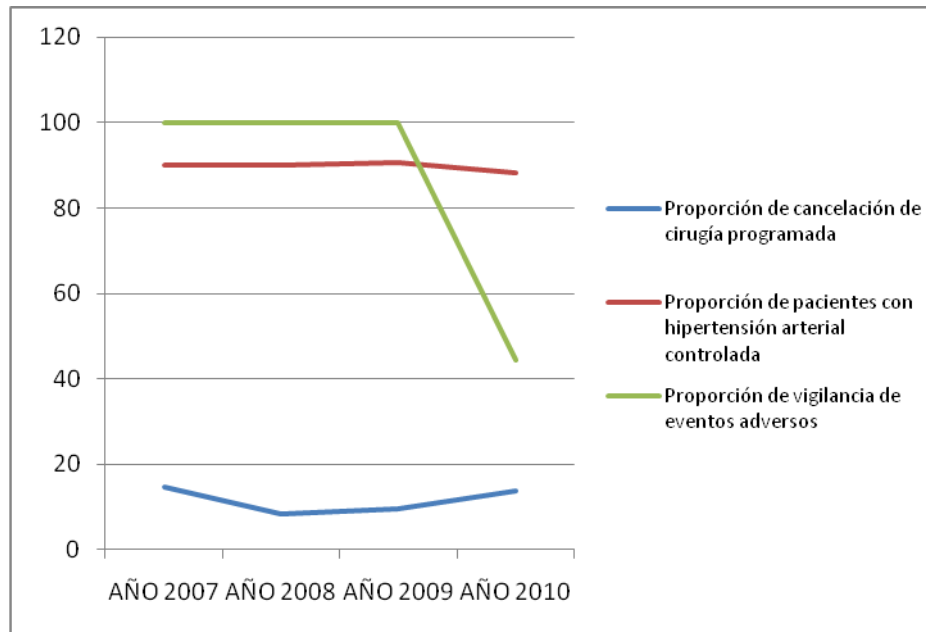
Indicadores de Calidad. Oportunidad en la atención. Hospital B.



Fuente: Desarrollo de las autoras.

Figura 11.

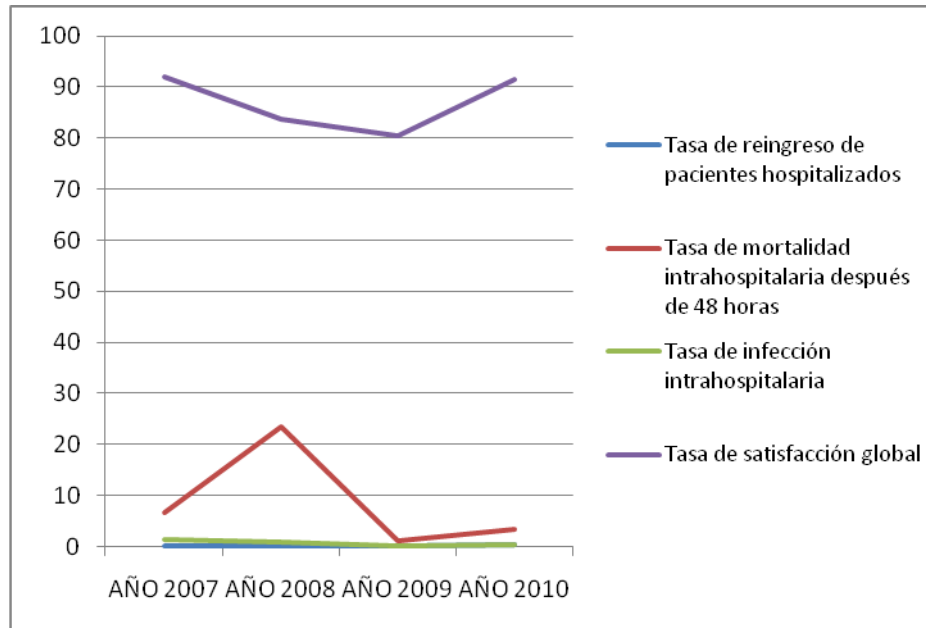
Indicadores de Calidad. Proporciones. Hospital B.



Fuente: Desarrollo de las autoras.

Figura 12.

Indicadores de Calidad. Tasas. Hospital B.



Fuente: Desarrollo de las autoras.

Hospital C.

El Hospital C es una empresa pública de prestación de servicios de salud de Mediana y Alta Complejidad, centro de referencia cabeza de red de 37 hospitales Departamentales, con una cobertura de 116 municipios, que alcanzan los dos millones de habitantes.

Inició la prestación de servicios de salud hace 73 años, y actualmente desarrolla actividades docentes, científicas y asistenciales.

Como parte de su historia se describe que este hospital ha pasado por cuatro etapas de prestación de servicios: la primera se inició con la fundación de un Instituto especializado en el manejo de enfermedades de transmisión sexual de la

población de la ciudad y departamento al cual pertenece esta institución, procediendo posteriormente, en el año de 1937 a la construcción de un hospital, destinado primordialmente a la internación de pacientes que presentaban estas enfermedades y que requerían manejo intrahospitalario, contando inicialmente con 80 camas en una construcción de dos plantas.

La segunda etapa de la institución se inicia en el año de 1945, con la construcción de tres pisos más de construcción, infraestructura que permitió la atención de otras patologías, con la introducción de especialidades tales como Cardiología, Radiología, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía General, Dermatología, Neurología, Psiquiatría, Medicina General, Cirugía Plástica, Ortopedia, Laboratorio Clínico, Otorrinolaringología, Oftalmología y Urología.

La tercera etapa se registra para este hospital desde el año de 1955, cuando la institución se convierte en un centro de desarrollo académico con énfasis en la investigación, siendo considerado actualmente como un hospital universitario de alta complejidad. Algunos de los servicios con más reciente inicio de operaciones en esta entidad durante esta etapa fueron la Unidad Renal en 1977, la UCI en 1978 y la Unidad de Gastroenterología en 1979.

En cuanto a la cuarta etapa descrita por este hospital, se produce en el año de 1995, cuando la institución atravesaba por una importante crisis financiera, época en la cual se transforma en Empresa Social del Estado.

Tabla 3. Indicadores de Calidad. Hospital C.

INDICADOR	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009
Oportunidad de la atención de Medicina Especializada	15,5	9,5	15,9
Oportunidad en la atención de Medicina Interna	15,4	16,5	17,3
Oportunidad en la atención de Ginecobstetricia	19,3	6,2	16,4
Oportunidad en la atención de Cirugía General	13,1	10,2	12,9
Proporción de cancelación de cirugía programada	7	6,2	5,8
Oportunidad en la atención de urgencias	39	29,5	20,5
Oportunidad en la atención de imagenología	3	3	15,7
Oportunidad en la realización de cirugía programada	24,3	24,6	20,5
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	1,35	1,2	1,1
Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	4,5	4,3	4,2
Tasa de infección intrahospitalaria	4,1	3,55	4
Proporción de vigilancia de eventos adversos	100	100	100
Tasa de satisfacción global	93,4	93,4	_

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud. Cuadro de Mando del SOGC. Reportes Públicos del SOGC. Sistema de Información para la Calidad SIC. Indicadores por sede.

Capacidad Instalada del Hospital C

Unidad Quirúrgica:

- 8 salas de Cirugía.
- 3 camas de cuidado Post quirúrgico.

Unidad Obstetricia:

- 2 salas de parto.

Unidad de Neonatología: Capacidad para 31 Pacientes.

- 9 Incubadoras de Cuidado Intensivo.
- 8 Incubadoras y 9 cunas de cuidado Intermedio.
- 5 Incubadoras para Pacientes Sépticos.

Unidad de Cuidado Intensivo Adulto:

- 11 camas.

Unidad Renal:

- 10 Riñones Artificiales.
- 3 Consultorios.

Servicio de Urgencias:

- 3 Consultorios Médicos.
- 1 Sala de procedimientos.
- 2 salas de reanimación.
- 25 camas de observación.

Servicios de Hospitalización:

- 209 camas de Hospitalización.
- 12 camas de recuperación.

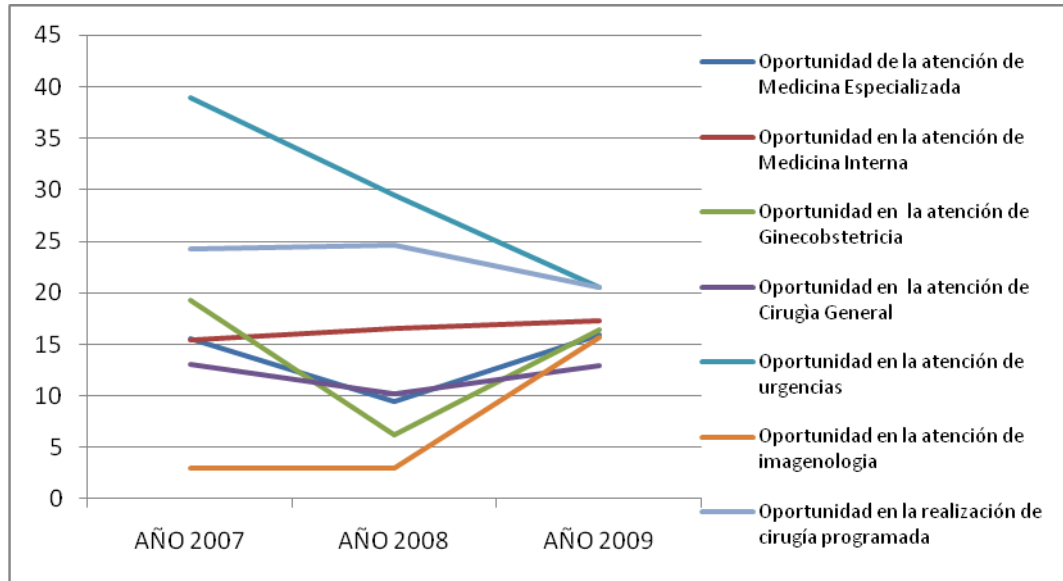
Servicio de Consulta Externa:

- 20 Consultorios.

Este hospital no registra información reportada al Ministerio de la Protección Social para el año 2010, en cuanto a los años 2007 a 2009, en relación a los indicadores de oportunidad, como se puede observar en la figura 13, tienen en general mejores resultados en el año 2008. El resto de indicadores, figuras 14 y 15 muestran un comportamiento estable en el tiempo.

Figura 13.

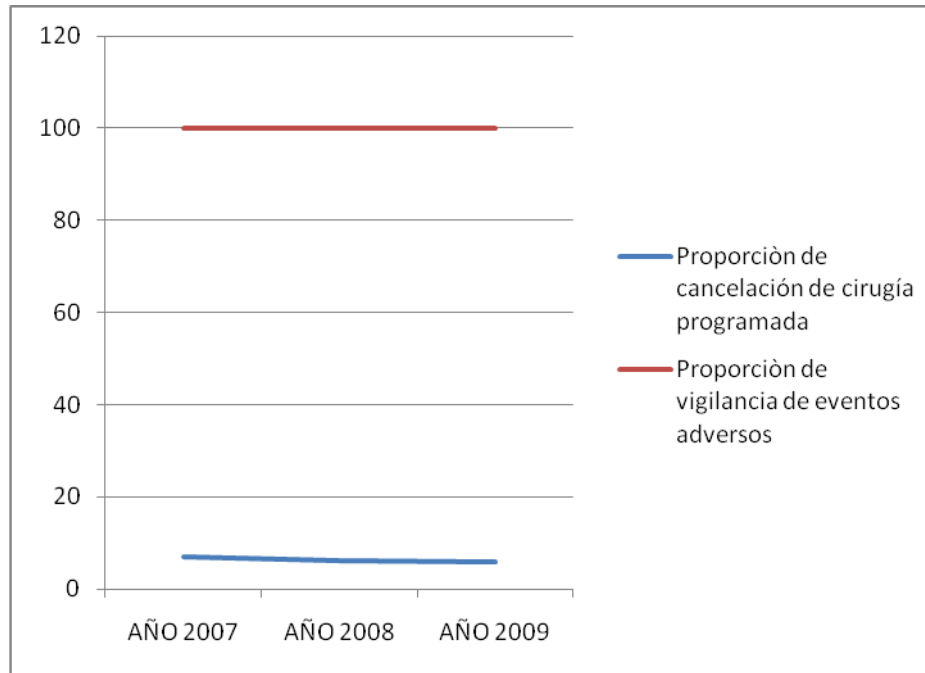
Indicadores de Calidad. Oportunidad en la atención. Hospital C.



Fuente: Desarrollo de las autoras.

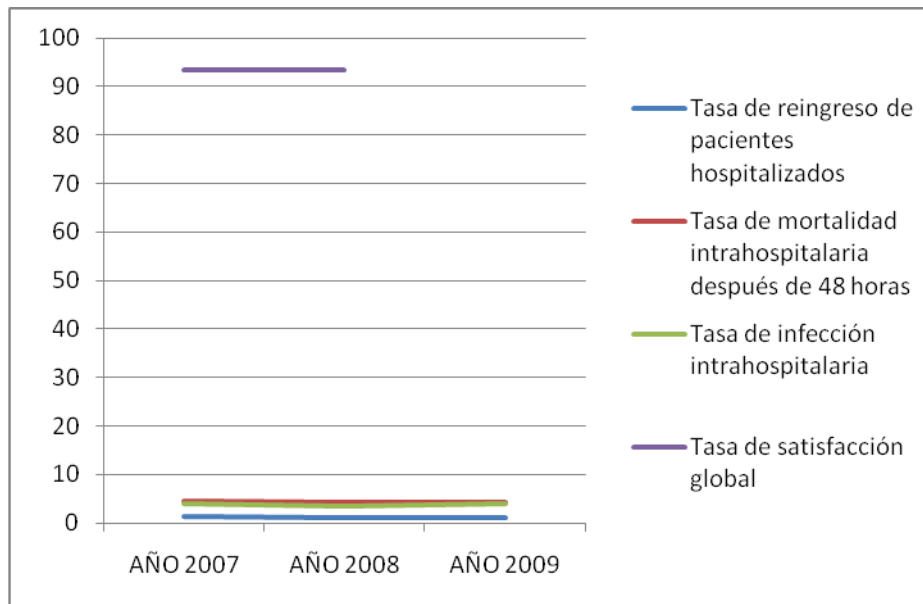
Figura 14.

Indicadores de Calidad. Proporciones. Hospital C.



Fuente: Desarrollo de las autoras.

Figura 15.
Indicadores de Calidad. Tasas. Hospital C.



Fuente: Desarrollo de las autoras.

Hospital D.

Esta Institución, inicio la prestación de los servicios de salud en el año de 1892, funcionando en una primera sede, hasta el año de 1951 en que se traslada al edificio donde funciona actualmente.

El Hospital D es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de carácter público, catalogada como segundo nivel de atención, que tiene como objetivo general la prestación de servicios de Salud en los programas de Promoción, Prevención, Atención, y Rehabilitación y cuenta actualmente con 120 camas en el área de hospitalización, 15 en el área de urgencias, 3 salas de cirugía y 12 especialidades médicas y quirúrgicas.

Presta los servicios de consulta externa, (consulta de medicina general, consulta de medicina especializada, de pediatría, de ortopedia, de cirugía, de anestesia, de medicina interna, dermatología, urología, ginecología, oftalmología, optometría, otorrinolaringología, cirugía plástica, terapias, nutrición, psicología, odontología general y maxilofacial); urgencias 24 horas, Apoyo diagnóstico y Terapéutico (laboratorio clínico, Rx, TAC,) Hospitalización, (Pediatría, UCI Neonatal y Pediátrica, Medicina Interna, Quirúrgicos, Ginecobstetricia, Pensionados, Hospitalización Especializada)

En 1996, el Hospital se transformó en Empresa Social del Estado con el objeto social de prestar servicios de salud de niveles de complejidad I y II , siendo hospital de referencia de dos hospitales de I Nivel y de dos Centros de Salud de carácter descentralizado.

Tiene a su cargo una sede principal y seis sedes periféricas catalogadas como centros de primer nivel de atención, siendo hospital de referencia y cabecera de red de esta zona del departamento en el cual se encuentra ubicado.

Tabla 4. Indicadores de Calidad. Hospital D.

INDICADOR	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010
Oportunidad de la atención de Medicina General	6,4	2,5	1	4
Oportunidad de la atención de Medicina Especializada	5,6	3,1	5,3	–
Oportunidad en la atención de Medicina Interna	5	5,6	6,8	6
Oportunidad en la atención de Ginecobstetricia	7,5	7	7	5
Oportunidad en la atención de Pediatría	6,2	5,5	4,5	4,5
Oportunidad en la atención de Cirugía General	3,1	3	2,4	1,5
Proporción de cancelación de cirugía programada	2,2	3,3	9,0	5,8
Oportunidad en la atención de urgencias	5,6	27	16,4	20
Oportunidad en la atención de imagenología	0	2	3,3	3,5
Oportunidad en la atención de odontología	6,3	2,4	1	1
Oportunidad en la realización de cirugía programada	2,6	1,5	1,9	1
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	0,5	0,2	0,1	1
Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada	84	69	96,3	99
Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	9,6	11,5	8	9
Tasa de infección intrahospitalaria	0,2	0,3	0,2	0,3
Proporción de vigilancia de eventos adversos	100	100	100	100
Tasa de satisfacción global	98,2	96	-	98,5

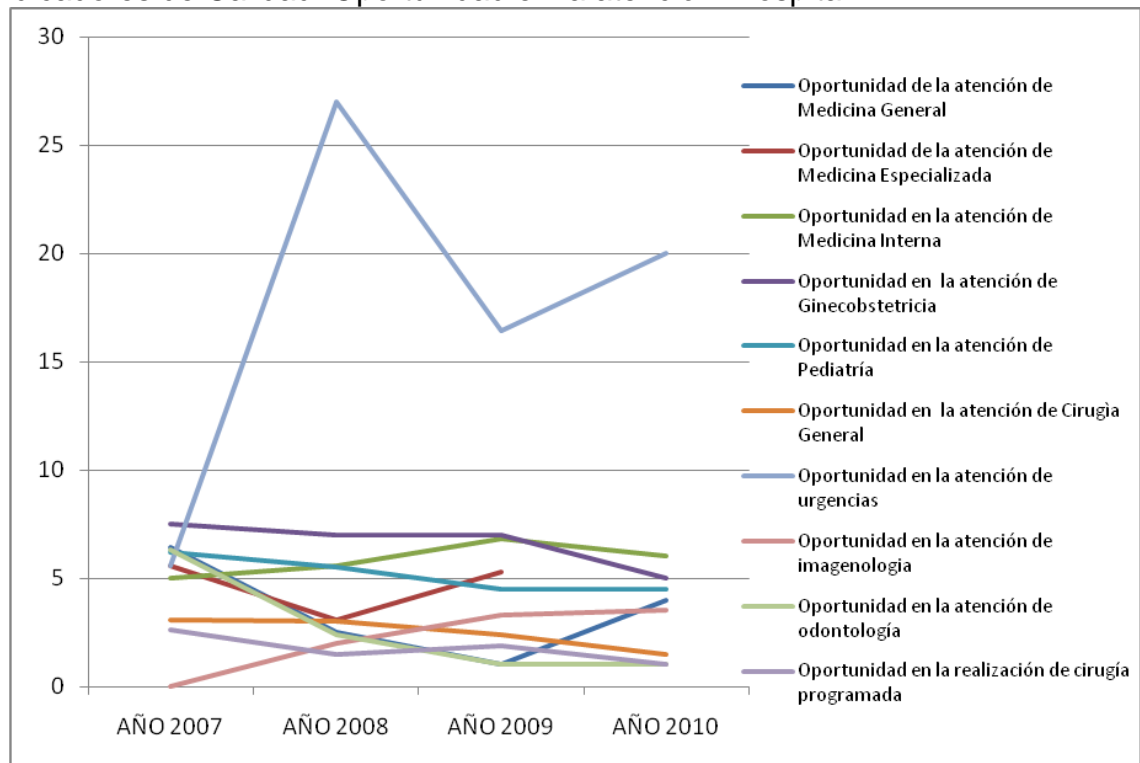
Fuente: Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud. Cuadro de Mando del SOGC. Reportes Públicos del SOGC. Sistema de Información para la Calidad SIC. Indicadores por sede.

En los indicadores de oportunidad para la atención en el Hospital D, se encuentra una tendencia a la mejoría para el año 2010 en general, Figura 16, que de manera

similar se encuentra en el indicador de proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada, mostrándose estables los indicadores de proporción de vigilancia de eventos adversos y tasa de satisfacción global. Figuras 17 y 18.

Figura 16.

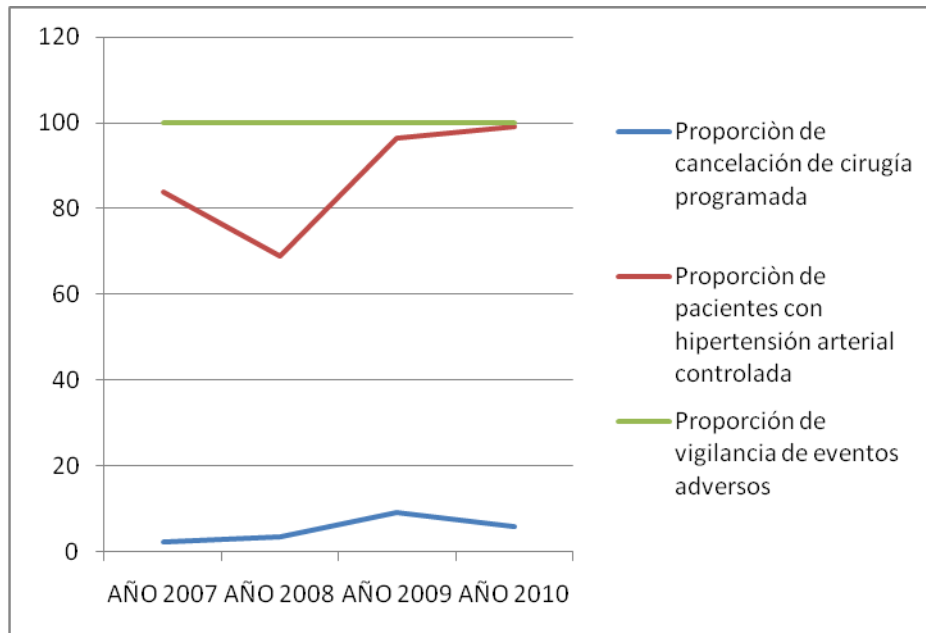
Indicadores de Calidad. Oportunidad en la atención. Hospital D.



Fuente: Desarrollo de las autoras.

Figura 17.

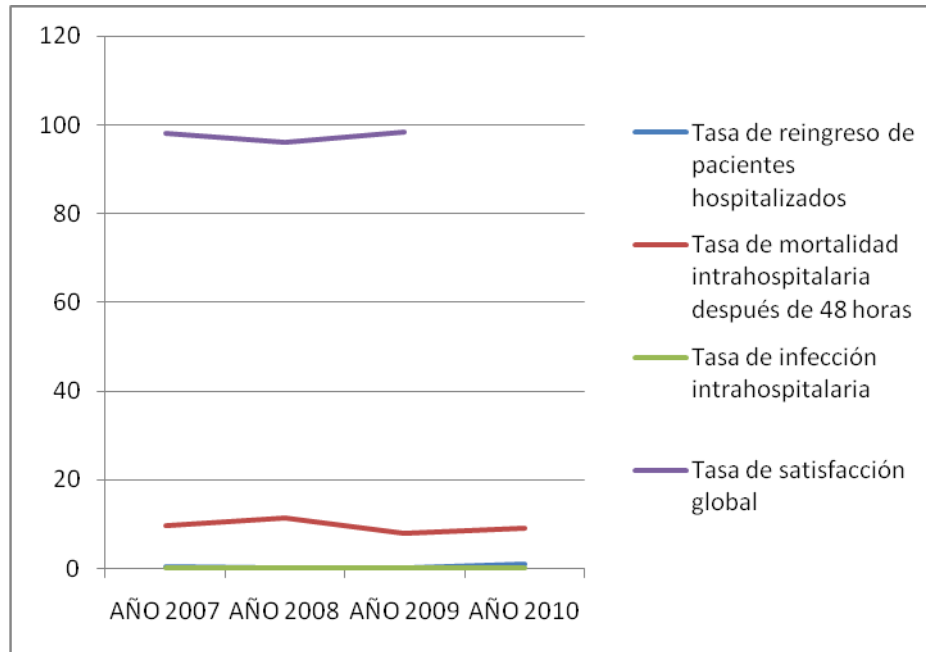
Indicadores de Calidad. Proporciones. Hospital D.



Fuente: Desarrollo de las autoras.

Figura 18.

Indicadores de Calidad. Tasas. Hospital D.



Fuente: Desarrollo de las autoras.

6.2.2 Nivel de imitación de las instituciones estudiadas.

Con base en la información obtenida a través de los portafolios de servicios de los hospitales objeto del análisis, de la entrevista semiestructurada aplicada en estas entidades, y de la observación directa que se realizó en las instituciones, se llevó a cabo una prueba de hacinamiento ¹⁷ mediante el análisis cualitativo de las variables identificadas, con el objetivo de establecer si entre las instituciones estudiadas se presenta el fenómeno de convergencia estratégica, con el riesgo

¹⁷ Instrumento que se explica en la metodología, en el aparte 4.5.1 Fuentes primarias.

potencial de entrar en hacinamiento, como resultado de la imitación. Los resultados se aprecian en la tabla 5.

En esta tabla se presentan las categorías establecidas por Restrepo (precio, producto, promoción y necesidades a satisfacer) dentro del modelo expuesto en el marco teórico, mediante las cuales se evalúan las condiciones de imitación y el valor porcentual asignado a cada una dentro del contexto general.

Bajo las categorías descritas, se hizo una primera valoración de las condiciones de perdurabilidad de los cuatro hospitales estudiados, para tal fin.

Tabla 5. Nivel de imitación. Sector hospitales públicos.

VARIABLE			HOSPITALES			
TIPO	PESO %	NECESIDADES	A	B	C	D
PRECIO	25%	Alternativas	3	3	3	3
		Negociación con aseguradoras	3	3	3	3
		Precios bajos	3	3	2	3
		Sumatoria	9	9	8	9
		PROMEDIO	3	3	2.7	3
PRODUCTO	25%	Baja complejidad	3	3	1	3
		Mediana complejidad	3	3	2	3
		Alta complejidad	2	2	2	2
		SUMATORIA	8	8	5	8
		PROMEDIO	2.7	2.7	1.7	2.7
PROMOCIÓN	25%	Utilización	3	3	3	3
		Medios empleados	3	3	3	3
		SUMATORIA	6	6	6	6
		PROMEDIO	3	3	3	3
NECESIDAD ES A SATISFACER	25%	oportunidad	3	1	3	1
		Información	1	3	1	1
		Idoneidad profesional	3	3	3	3
		SUMATORIA	7	7	7	5
		PROMEDIO	2.3	2.3	2.3	1.7
TOTAL			2.7	2.7	2.3	2.5

Fuente: Adaptación de la tabla Nivel de imitación-Sector actividades de turismo.

Análisis estructural de sectores estratégicos. Luis Fernando Restrepo Puerta.

Codificación para la calificación:

1. No presenta imitación
2. Imitación parcial.
3. Imitación total.

Una vez realizado el análisis, se determinó el nivel de imitación en los siguientes factores:

6.2.1 Precio

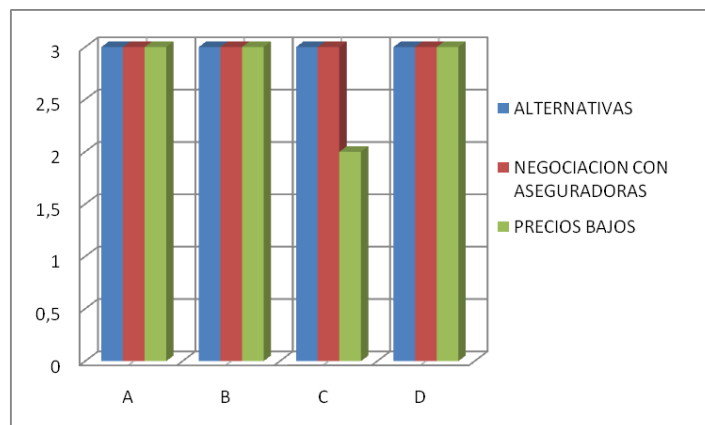
En relación con este aspecto, como puede apreciarse en la figura 19, se observó que las entidades se encuentran en convergencia debido a que ofertan para la venta de los servicios de salud con la mayoría de aseguradoras, las tarifas SOAT vigentes, y en algunos casos, dependiendo de factores tales como el número de cotizantes y beneficiarios que tenga afiliada la aseguradora, ofrecen tarifas más bajas a la tarifa SOAT plena, pudiendo inclusive poner en peligro el equilibrio financiero que para este tipo de entidades públicas está determinado por ley.

Por otra parte, para el caso de las Empresas Promotoras de Salud pertenecientes al Régimen Subsidiado, los hospitales estudiados han tenido que aceptar más que ofertar la modalidad de capitación para la venta de servicios de salud, modalidad consistente en el pago de un valor per cápita, como valor de aseguramiento, para la prestación de los servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud, como una forma de traslado del riesgo de las aseguradoras a los prestadores de servicios de salud, situación que representa una amenaza significativa para la perdurabilidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En este sentido, es importante resaltar que dentro del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, existe una regulación de tarifas¹⁸ que en teoría tiene el objetivo de evitar la guerra de precios entre los diferentes prestadores, que puede afectar la calidad de los servicios de salud, sin embargo, también es significativo el efecto que ha tenido el establecimiento normativo de un techo y no de un piso tarifario, como originalmente fue planteado, lo cual ha llevado a las instituciones de salud a la competencia por mejores precios frente a las aseguradoras, lo cual se traduce en precios bajos, que algunas veces no alcanzan a cubrir los costos de producción y mucho menos a generar algún tipo de excedentes que en el caso de las empresas del estado, entidades sin ánimo de lucro, permitan la reinversión en salud.

Figura19.

Nivel de imitación en algunas organizaciones del sector salud. Variable precio.



A B C D: hospitales entrevistados.

Escala de calificación de imitación: 1 a 3
(1 no presenta imitación, 2 imitación parcial, 3 imitación total)

Fuente: Desarrollo de las autoras.

¹⁸ Resolución 5261 de 1994. Decreto 2423 de 1996.

6.2.2 Producto

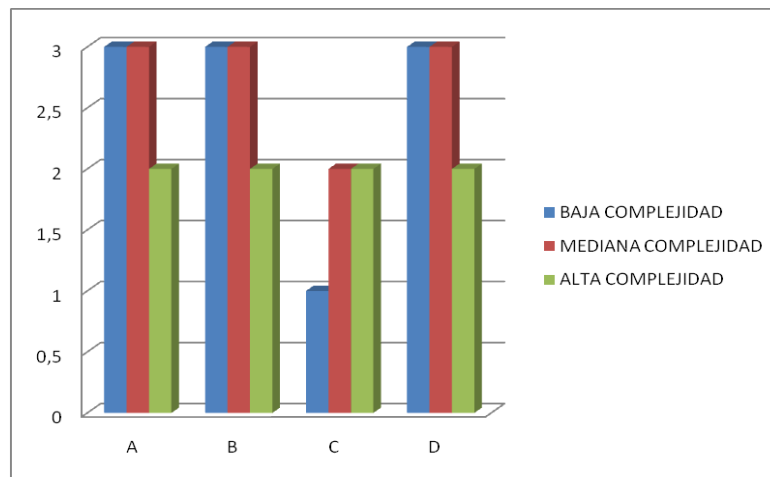
Con respecto a los servicios ofertados por las cuatro entidades analizadas, es importante aclarar que tres de estos hospitales han sido clasificados como de Segundo Nivel de Atención y una de ellas como hospital de Tercer Nivel de Atención. Los cuatro hospitales realizan dentro de sus respectivas complejidades, procedimientos, actividades e intervenciones en salud de baja, media y alta complejidad, correspondiendo la mayoría de actividades de alta complejidad al hospital de Tercer Nivel, aunque no de manera exclusiva, debido a que como estrategia de penetración del mercado, y en la búsqueda de obtener una ventaja competitiva con respecto a las entidades privadas e inclusive con respecto a las entidades públicas del sector, los hospitales han incursionado en la prestación de servicios de salud de alta complejidad, aún a pesar de estar catalogados actualmente como entidades de Segundo Nivel.

Sin embargo, teniendo en cuenta los niveles de atención de las entidades, se observó que los hospitales de segundo nivel presentan un alto grado de convergencia en cuanto a los servicios ofertados, e inclusive, en relación con los servicios de alta complejidad, dos de las instituciones se encuentran en convergencia con el hospital de tercer nivel, lo que origina que los hospitales no puedan tener una clara diferenciación en los servicios ofertados y los conduce a la convergencia. Figura 20.

Es así como la competencia del mercado conduce a las instituciones de salud al no cumplimiento de la diferenciación por niveles de atención regulada normativamente en el país, haciendo que los hospitales confluyan en la oferta de los servicios iguales o similares.

Figura 20.

Nivel de imitación en algunas organizaciones del sector salud. Variable producto.



A B C D: hospitales entrevistados.

Escala de calificación de imitación: 1 a 3

(1 no presenta imitación, 2 imitación parcial, 3 imitación total)

Fuente: Desarrollo de las autoras.

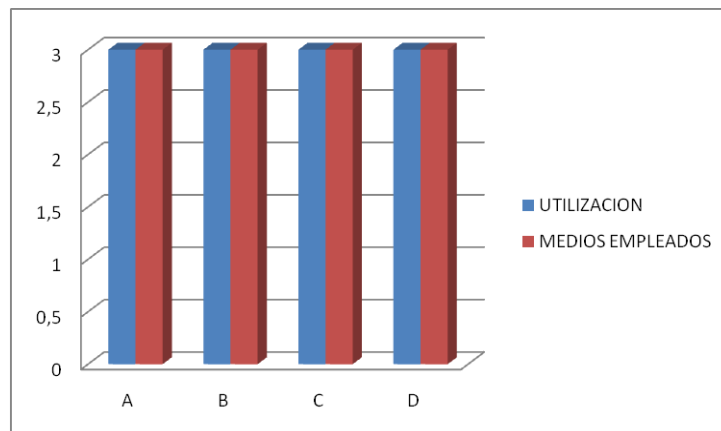
6.2.3 Promoción

En lo que corresponde a la publicidad manejada por cada una de las entidades, se encontró como se aprecia en la figura 21, que convergen en relación con la utilización de medios para anunciar sus servicios, tales como el uso de la internet y algunos otros medios masivos como los canales locales de televisión y radio y la producción de revistas. Como medios complementarios se identificó el empleo de formas de publicidad interior en las sedes de los hospitales y la publicidad directa mediante catálogos, folletos, volantes, calendarios, y bolígrafos, entre otros.

De acuerdo con lo anterior, se encuentran modelos de publicidad muy pobres, lo que hace mucho más difícil la competencia, por el escaso direccionamiento de productos a nuevos clientes, tanto a nivel nacional en el caso de clientes con capacidad de pago o atención de planes complementarios, como la posibilidad de exportación de servicios de salud.

Figura 21.

Nivel de imitación en algunas organizaciones del sector salud. Variable promoción.



A B C D: hospitales entrevistados.

Escala de calificación de imitación: 1 a 3

(1 no presenta imitación, 2 imitación parcial, 3 imitación total)

Fuente: Desarrollo de las autoras.

6.2.4 Necesidades a satisfacer

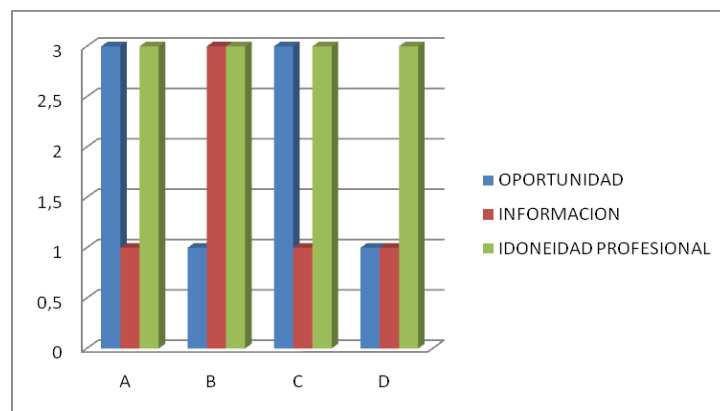
En cuanto a los requisitos de los clientes identificados por los hospitales entrevistados como factores indispensables para alcanzar su satisfacción, se encontró como se observa en la figura 22, que dos de los hospitales consideran como la principal necesidad la oportunidad en la prestación de los servicios, que

como característica de la calidad en nuestro sistema, tiene una relación directa con la demanda de servicios y la capacidad de las instituciones para coordinar su gestión. Los otros dos hospitales consideran que el derecho a la información y la idoneidad de los profesionales que prestan los servicios de salud, son los aspectos críticos para asegurar la satisfacción de sus clientes.

Se evidencia que algunos Hospitales no comprenden que si bien los aspectos fundamentales como son la idoneidad del recurso humano y las características técnicas como la oportunidad en la prestación de los servicios, son muy importantes, también lo son a la hora de escoger una institución prestadora, otros factores como la presentación, el confort y el buen trato, lo que constituye para estas instituciones un paradigma que puede limitarlos al momento de competir en su sector, con otros prestadores.

Figura 22.

Nivel de imitación en algunas organizaciones del sector salud. Variable necesidades a satisfacer.



A B C D: hospitales entrevistados.

Escala de calificación de imitación: 1 a 3
(1 no presenta imitación, 2 imitación parcial, 3 imitación total)

Fuente: Desarrollo de las autoras.

6.2.5 Discusión y análisis del contexto institucional y nivel de imitación.

De acuerdo a la información obtenida de las instituciones evaluadas, se encontró que estas entidades presentan características similares en relación a su condición de entidades públicas con autonomía patrimonial y financiera determinada por el Estado y por ende comparten la obligatoriedad del cumplimiento de la autosostenibilidad económica.

Por otra parte, los hospitales valorados, son instituciones de referencia de otras entidades prestadoras de servicios de salud de I y II nivel de atención y han presentado una evolución tendiente a la apertura de servicios de niveles superiores de complejidad, como respuesta a la creciente demanda de este tipo de servicios por parte de la población de sus áreas de influencia, al corresponder todos ellos a entidades cabecera de las redes de atención establecidas por georreferenciación.

Igualmente, se encontró una vez consultada la base de datos del Observatorio de Calidad de la Atención en Salud del Ministerio de la Protección Social, que todas las instituciones tienen la obligación normativa de remitir a dicha entidad la información correspondiente a una serie de indicadores catalogados como Indicadores de Calidad, con una periodicidad también determinada por ley, permitiendo obtener información similar para los cuatro hospitales estudiados, procediendo a realizar observaciones de la tendencia de evolución de estos indicadores en el tiempo para cada institución, y de manera comparativa.

De la revisión de los indicadores reportados por los cuatro hospitales al Ministerio de la Protección Social se pudo concluir que en lo referente a oportunidad en la atención, de manera general, no se encuentran resultados satisfactorios, con respecto a los estándares establecidos para Colombia por la Superintendencia Nacional de Salud, sin embargo, no se encontró en la base de datos consultada

información correspondiente a la línea de base de cada uno de estos indicadores para cada institución, condición considerada fundamental para emitir un concepto acerca de la gestión realizada en cuanto a la calidad de la atención en salud.

Es decir, de manera comparativa con los estándares que se encuentran determinados en el país, el desempeño de las instituciones observadas podría ser catalogado como no satisfactorio, sin embargo, se considera que esta afirmación no puede realizarse desconociendo la calidad observada al inicio de la medición de los indicadores de manera particular en cada institución, teniendo en cuenta que si bien comparten características comunes, su estado financiero, factor definitivo al momento de valorar la oportunidad en la atención, puede no ser similar, ni estable en el tiempo en estas entidades,

Por otra parte, con respecto a los demás indicadores obtenidos, expresados en tasas y proporciones, no se encuentra una tendencia sostenida en ninguna de las instituciones hacia la mejoría o el empeoramiento, sino que presentan variaciones que muestran inestabilidad en el tiempo, para cuyo análisis sería necesario contar con una mayor cantidad de información, entre ella las condiciones financieras de cada institución, la cual no se encontró disponible para la revisión realizada.

En relación al nivel de imitación, de manera general, se observó con respecto a las variables identificadas, que los cuatro hospitales convergen estratégicamente, tanto en los servicios ofertados como en los precios determinados por los mismos y en la publicidad utilizada, encontrándose solamente pequeñas diferencias en las que son consideradas como las necesidades primordiales a cumplir en sus clientes para obtener su satisfacción.

Es importante señalar que la organización actual del sistema de salud colombiano ha establecido la distribución de la población de influencia de cada institución

hospitalaria pública de acuerdo a su georreferenciación, lo cual implica que no son competidores directos entre sí, aún a pesar de pertenecer al mismo sector estratégico, excepto en aquellos servicios considerados de alta complejidad que son prestados por instituciones de segundo nivel, con respecto a la prestación de los mismos por las entidades de tercer nivel dentro de la misma red de atención, presentándose en este caso una competencia directa en lugar de una complementación, como originalmente fue planteado al establecer la organización por redes de atención.

La condición de convergencia identificada, no puede sin embargo correlacionarse de manera directa con los resultados de los indicadores de calidad reportados por las instituciones, por cuanto existen otras características y condiciones que interactúan de manera dinámica en estos sistemas, sin poder atribuirse de manera aislada y lineal la imitación observada y la consecuente convergencia estratégica a los resultados en calidad de la atención.

6.3 COMPARACION ENTRE LOS ORGANISMOS VIVOS Y LAS EMPRESAS

Para realizar el símil propuesto entre los organismos vivos y las empresas, debemos partir de la concepción de ser vivo, definido este como el conjunto de átomos y moléculas que forman un sistema altamente complejo, que tiende de manera constante a la autorganización, a pesar de presentar cambios estructurales para adaptarse al medio en el cual se desarrolla.

Igualmente, los seres vivos poseen una serie de características, tales como el mantenimiento de su equilibrio interno, conocido como homeostasis, la transformación de nutrientes en energía mediante el metabolismo, la respuesta ante estímulos externos denominada irritabilidad, la adaptación al ambiente en el

intento de conservación de las especies, el desarrollo y la reproducción, entendidas estas como el aumento del tamaño y la capacidad de producción de individuos similares a sí mismos respectivamente,¹⁹ y finalmente la muerte.

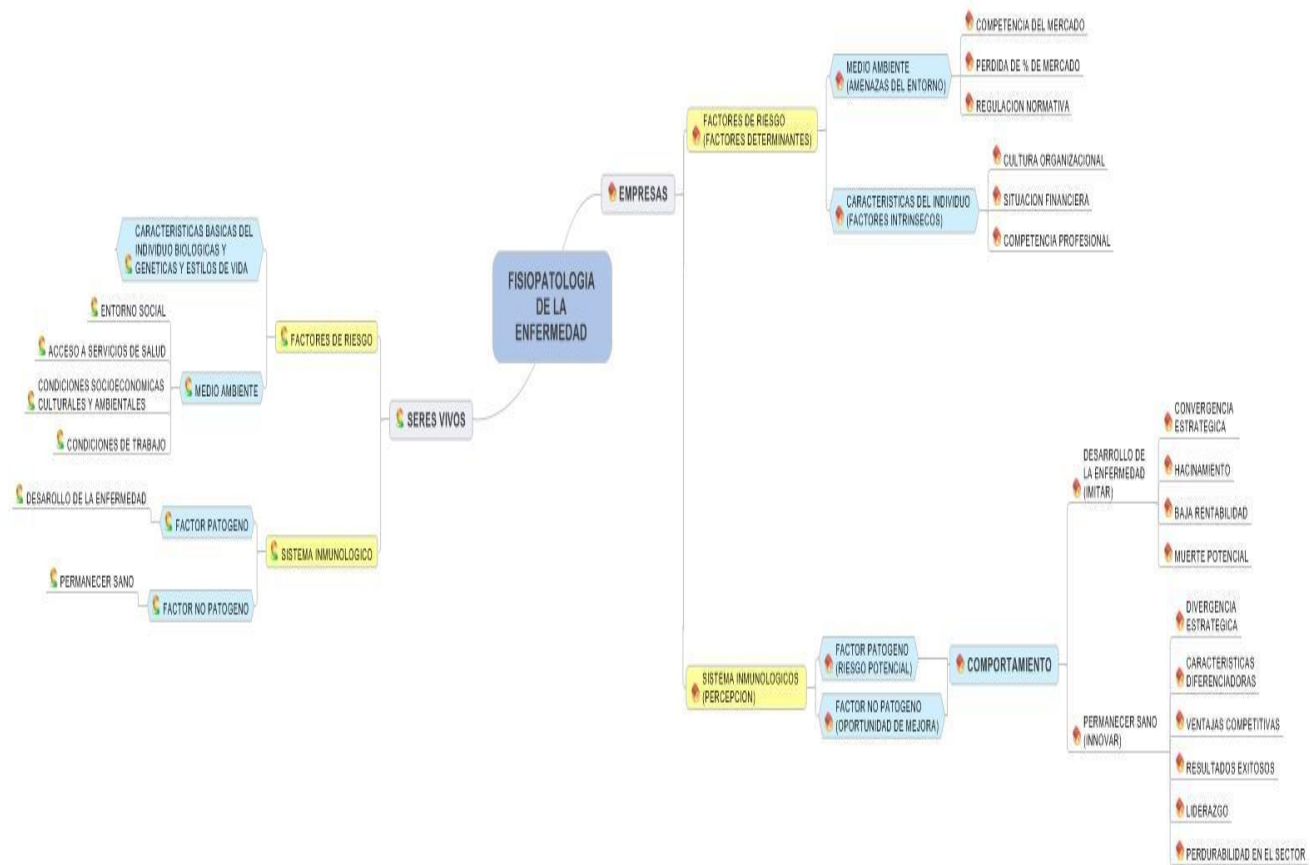
Para el caso de las empresas, se consideran de la misma forma que los seres vivos, como sistemas de gran complejidad, que requieren contar con una organización interna acorde a su estructura y una planeación estratégica adecuada, que les permita interactuar permanentemente con su entorno, para poder desarrollar una actividad económica.

Las empresas tienen al igual que los seres vivos una serie de características, como la búsqueda permanente de la autorganización, el procesamiento de una serie de insumos o recursos para la producción y/o distribución de bienes o servicios atendiendo a sus objetivos empresariales, con diversas respuestas adaptativas de acuerdo a su percepción de las circunstancias tanto del entorno y del sector estratégico en el que actúan, como de la competencia a la cual se enfrentan, para tratar de satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes, y mantenerse en el mercado, logrando de esta manera su crecimiento y desarrollo, y finalmente, también se pueden ver enfrentadas a circunstancias que impidan su perdurabilidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se ha elaborado un mapa conceptual en el cual se confrontan las principales características de los seres vivos y de las empresas, en relación con el desarrollo potencial de los procesos patológicos, como se observa en la figura 23 a continuación.

¹⁹ MATURANA, Humberto y VARELA, Francisco. De máquinas a seres vivos. Porto Alegre. 1997.

Figura 23.
Fisiopatología de los estados de enfermedad



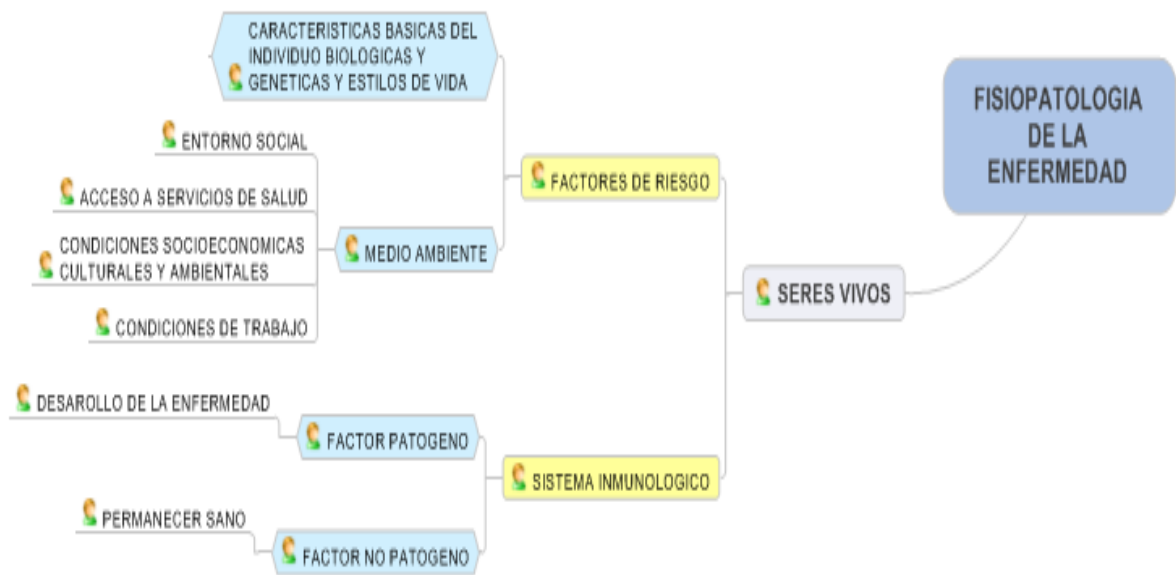
Fuente: Desarrollo de las autoras.

Para llevar a cabo un símil entre la forma en la cual ocurren las enfermedades infecciosas en los organismos vivos y la imitación en las empresas, como puede examinarse en la figura 24, es necesario partir de lo observado en la revisión teórica realizada, donde se encontró que los seres vivos son sistemas complejos en los que las relaciones causa-efecto lineales en el fenómeno de ocurrencia de la enfermedad no existen, sino que se presentan en ellos una serie de interacciones entre todos sus elementos tanto internos como del entorno, enmarcados en una

fuerte tendencia a la autorganización, de modo que ante una o varias acciones se presentan una serie de reacciones que no siempre son proporcionales al estímulo inicial, cuyo resultado puede ser inclusive la aparición de un sistema totalmente distinto al sistema primario. Figura 24.

Figura 24.

Fisiopatología de los estados de enfermedad en los seres vivos

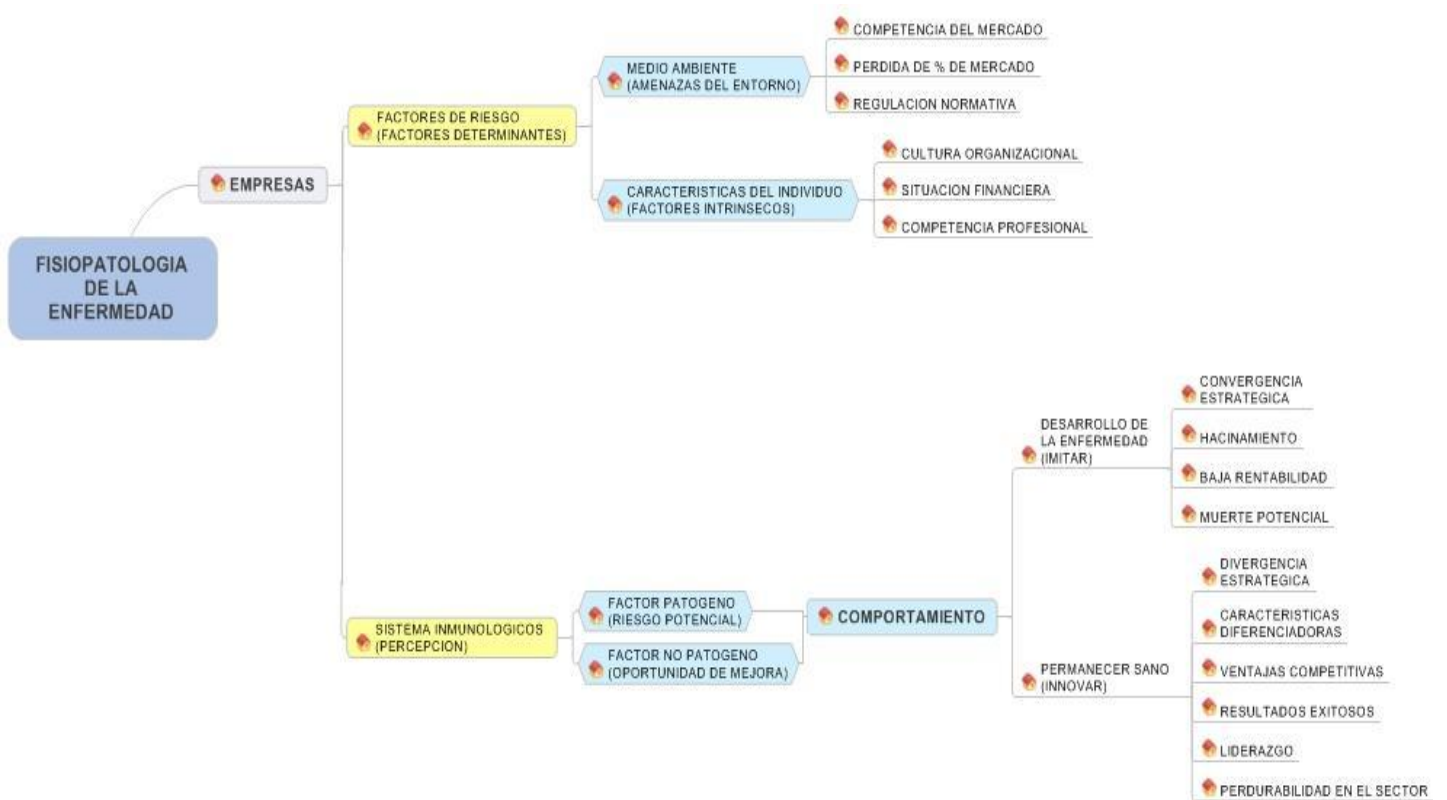


Fuente: Desarrollo de las autoras.

Por otra parte, como también pudo analizarse con base en la verificación teórica, las empresas se comportan como sistemas complejos adaptativos, al ser un conjunto de unidades interrelacionadas e interdependientes que de manera permanente buscan las mejores formas de transformarse hacia la obtención de resultados exitosos mediante la autorganización, ante la incertidumbre del entorno altamente inestable y competitivo. Figura 25.

Figura 25.

Fisiopatología de los estados de enfermedad en las empresas



Fuente: Desarrollo de las autoras.

Es así, que como se ha analizado, para el caso de los seres vivos no es suficiente la presencia de un agente causal para el desarrollo de la enfermedad, como tampoco, para las empresas la percepción de las amenazas competitivas dentro de su sector estratégico, debe conducir necesariamente a la adopción del proceso de imitación al interior de la organización, con sus consecuentes efectos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede concluir que existen múltiples semejanzas entre los seres vivos y las empresas, tanto en su definición como en

sus características, considerando entre ellas la tendencia permanente a la autorganización y la capacidad adaptativa al medio como las de mayor importancia. En cuanto al desarrollo de estados de enfermedad, es fundamental resaltar que tanto los seres vivos como las empresas corresponden a sistemas complejos, por lo tanto no puede hablarse en ellos de una causalidad simple en las alteraciones que afectan de alguna forma su funcionamiento, sino que por el contrario, es necesario considerar la causalidad compleja en la que las múltiples interacciones que se producen tanto de manera intrínseca, como en el ambiente exterior de los sistemas, asociada a su propensión continua hacia la autorganización, definen el resultado que se presenta ante la acción de un agente nocivo.

6.4 COMPORTAMIENTO DE LA IMITACION EN ALGUNAS ORGANIZACIONES DEL SECTOR SALUD

Las organizaciones del sector salud comparten las características generales de las empresas, que como se ha observado presentan semejanzas con los organismos vivos en diversos aspectos, lo que hace importante examinar el proceso de implementación y desarrollo de la estrategia del benchmarking, para determinar si en este sector estratégico la imitación tiene un comportamiento similar al que ocurre de manera general con este fenómeno, y de esta manera pronosticar sus resultados, tanto al interior de las organizaciones, como en el sector en general.

En las cuatro instituciones de salud públicas estudiadas se elaboró a partir de la información obtenida en la entrevista semiestructurada aplicada, un mapa conceptual, como se muestra en la figura 26, en el que de manera comparativa se presenta para cada pregunta una síntesis de las respuestas proporcionadas, con el objetivo de profundizar en los aspectos relevantes que llevaron a estas

entidades a la adopción de la estrategia del benchmarking, las particularidades del desarrollo del proceso al interior de cada uno de los hospitales, y la percepción de los resultados obtenidos. La gráfica puede ser revisada siguiendo el orden de las manecillas del reloj, iniciando por la pregunta No 1.

Figura 26. Benchmarking en hospitales



Fuente: Entrevista semiestructurada desarrollada por las autoras.

A continuación se hace una explicación detallada de las respuestas dadas por los hospitales a cada una de las preguntas planteadas en la entrevista semiestructurada, en la cual se examinan los factores primordiales encontrados durante la evaluación de la información, iniciando por la pregunta No. 1, en la cual se encontraron dos factores destacados: el factor tiempo y el factor financiero.

6.4.1 Factor tiempo

Este factor fue interpretado por las entidades estudiadas como la separación entre la identificación de la circunstancia o problema que requería intervención y la respuesta dada a esta eventualidad, es decir, el tiempo de respuesta de la organización ante una contingencia.

En las organizaciones del sector salud analizadas con respecto a la implementación del proceso del benchmarking, pudo observarse en primer lugar que el factor tiempo fue determinante para la toma de la decisión de adoptar esta estrategia, relacionado con los requerimientos normativos para el cumplimiento de algunos componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, e igualmente, con la situación tanto económica como organizacional por la cual atraviesan estas entidades, que hace de este un aspecto crítico para las organizaciones, en cuanto a la implementación de nuevos procesos o servicios, o al mejoramiento de los ya existentes. Figura 27.

Figura 27.

Respuestas a la pregunta No. 1 de la entrevista semiestructurada aplicada a las IPS Públicas



Fuente: Entrevista semiestructurada realizada por las autoras.

6.4.2 Factor financiero

Este factor hace referencia a la capacidad económica de inversión de las entidades estudiadas, tanto en el mejoramiento como en la creación de procesos aún no implementados por la organización, que conduzcan a su sostenimiento e inclusive al crecimiento institucional.

Tradicionalmente, el factor financiero ha sido considerado como de vital importancia para las empresas, teniendo en cuenta que se constituye en uno de

los elementos determinantes del éxito de las organizaciones, pero también del riesgo de fracaso de las mismas.

En concordancia con lo anterior, las circunstancias financieras que caracterizan a estas entidades prestadoras de servicios de salud de capital estatal, fueron fundamentales en el momento de asumir la opción de la referenciación con otras instituciones, teniendo en cuenta la falta de soporte económico que les permitiera comprometerse con procesos de creación de experiencia propia, ante la incertidumbre del éxito o fracaso en los resultados que se obtuvieran.

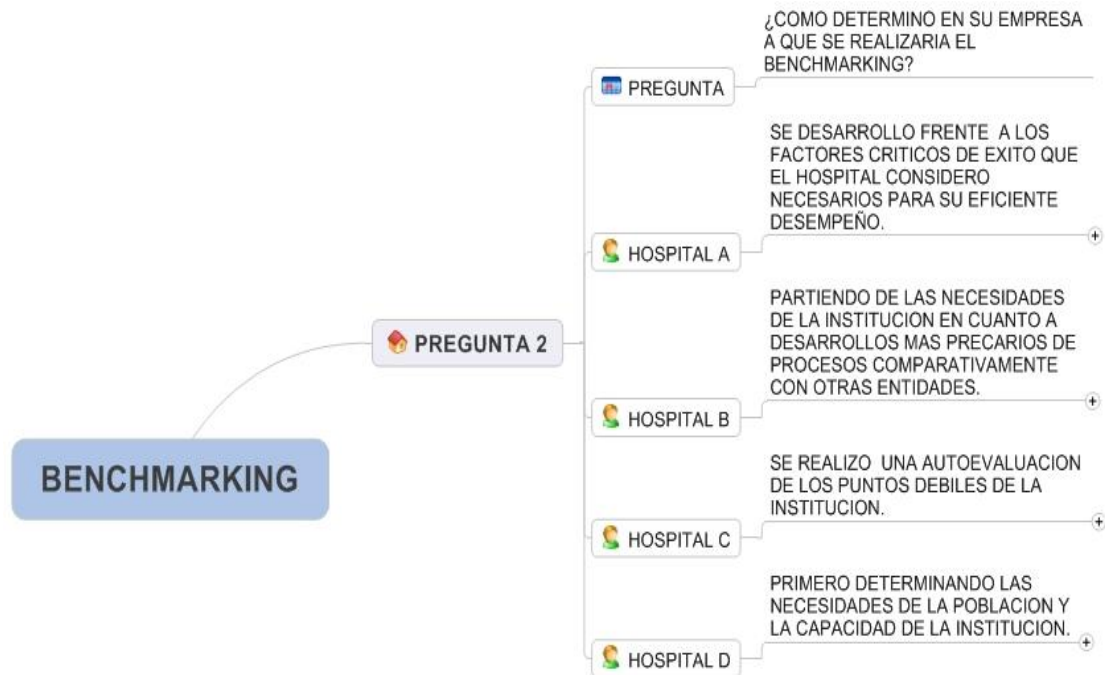
Lo mencionado por los Hospitales entrevistados, puede observarse en detalle en la figura 27.

6.4.3 Percepción de condiciones motivadoras

En cuanto a la definición de los procesos o servicios objetivo del benchmarking, las entidades entrevistadas coincidieron en basarse tanto en las necesidades propias institución, identificadas como factores críticos de éxito dentro de la organización con un desarrollo precario comparativamente con otras instituciones del sector, como en las de la población objeto de la prestación del servicio, correspondiendo este último aspecto a un acercamiento a la visión de las manchas blancas o espacios de mercado no atendidos o atendidos en forma deficiente por una o varias empresas, que sin embargo no son identificados claramente por las instituciones como oportunidades que lleven a la toma de decisiones sobre una posible entrada a estos segmentos. El detalle de las respuestas a esta pregunta puede observarse en la figura 28.

Figura 28

Respuestas a la pregunta No. 2 de la Entrevista Semiestructurada aplicada a las IPS Públicas



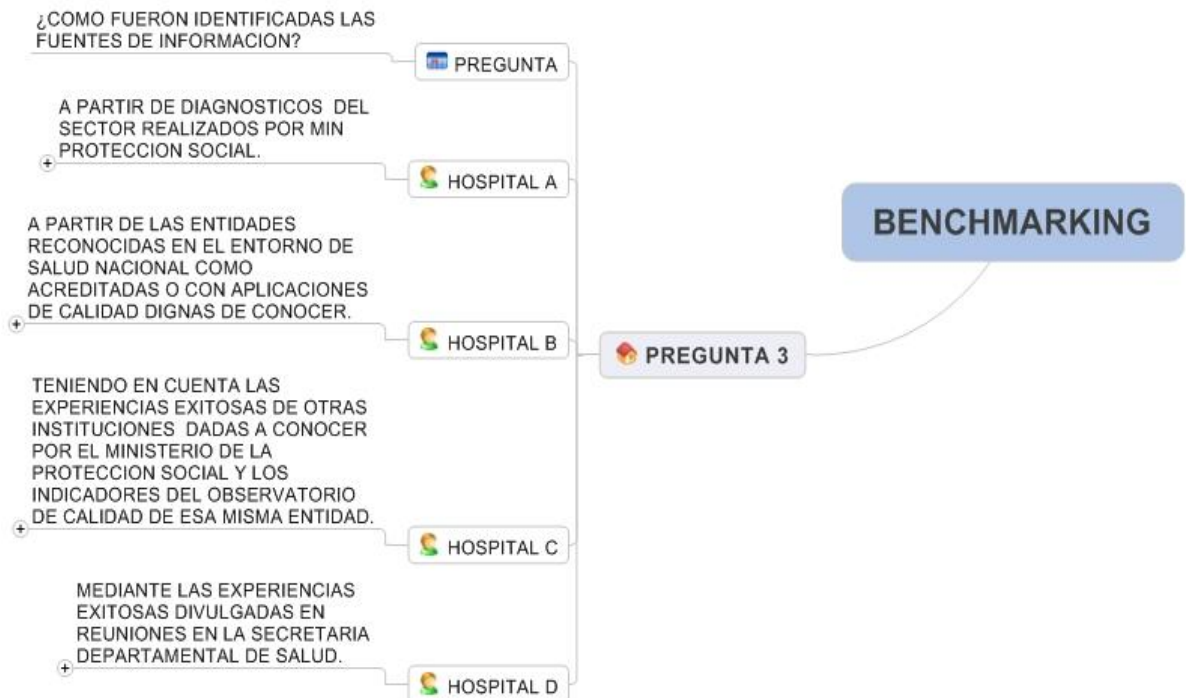
Fuente: Entrevista semiestructurada realizada por las autoras.

6.4.4 Fuentes de referencia

Se encontró similitud en las instituciones, en los referentes tomados como fuente de información para la identificación de los socios estratégicos con quienes realizar la referenciación competitiva, siendo el Ministerio de la Protección Social como máxima entidad responsable del establecimiento de políticas que orientan el desarrollo del Sistema de Seguridad Social en nuestro país, y las Secretarías de Salud territoriales, en su calidad de delegatarios regionales, organismos en quienes se reconoció que disponen de información válida en cuanto a experiencias exitosas en el sector salud. Figura 29.

Figura 29.

Respuestas a la pregunta No. 3 de la entrevista semiestructurada aplicada a las IPS Públicas



Fuente: Entrevista semiestructurada realizada por las autoras.

6.4.5 Valoración de resultados

Para las entidades entrevistadas los resultados obtenidos después de la implementación de la estrategia del benchmarking fueron catalogados de manera unánime como exitosos, coincidiendo dos de estas instituciones en el concepto de avance mediante este proceso en la apertura de nuevos servicios, mientras que la tercera de ellas refiere como aspecto de mayor importancia el aprendizaje organizacional y la motivación del talento humano relacionados con la verificación

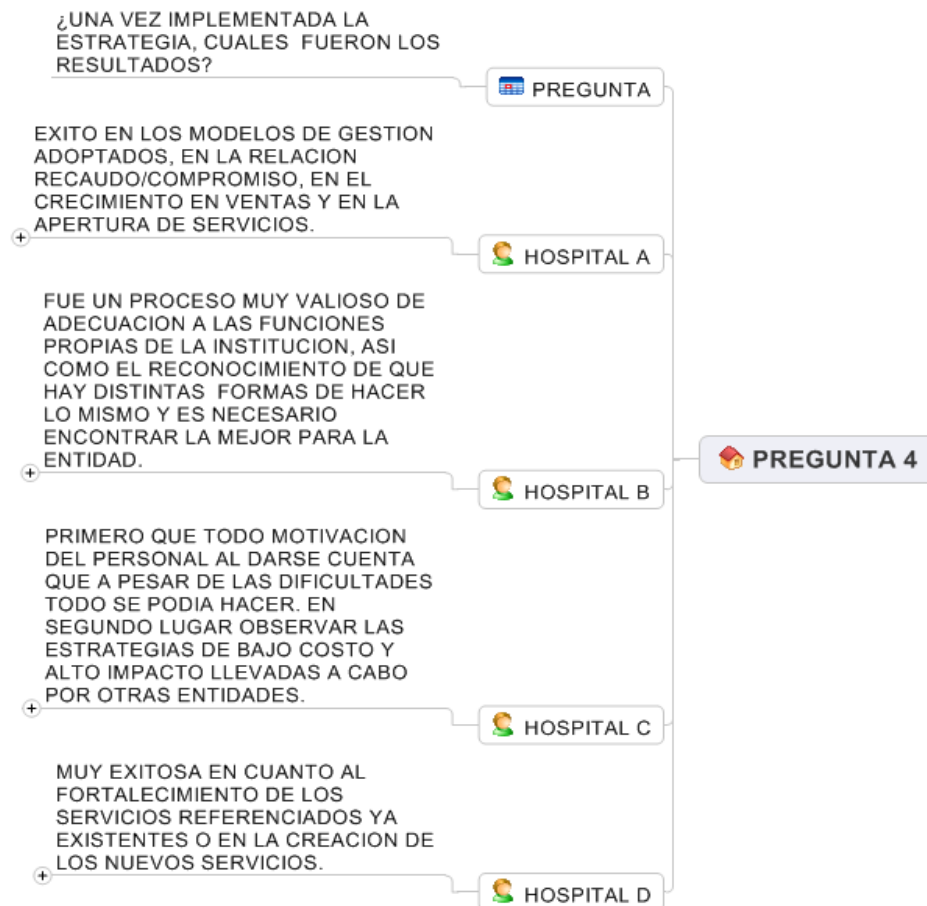
de avance de otras instituciones en los procesos referenciados, aún a pesar de presentar barreras en diversos aspectos tales como la capacidad financiera de las instituciones, la cultura organizacional, y las condiciones tecnológicas y de infraestructura, problemáticas que de manera similar son compartidas por la mayoría de instituciones prestadoras de salud públicas de nuestro país. Figura 30.

Por lo anterior se considera que queda claro una vez más, que estas organizaciones desconocen el riesgo implícito de la adopción de procesos de imitación, porque además ignoran el concepto de convergencia estratégica, así como el de hacinamiento. Podría decirse que se conducen hacia el empeoramiento de sus condiciones, ignorando sus posibles resultados, dado que asumen el fenómeno de la imitación desde la óptica de estrategia de gestión y de mejoramiento.

Esto sería como si un aviador manejara su aeronave sin instrumentos de control, guiado por otro piloto con unas condiciones tanto de la máquina, como del entorno no idénticas a las del primero, y sin embargo este se siente tranquilo con las indicaciones que percibe como adecuadas para su vuelo, dirigiéndose de manera casi segura a una catástrofe.

Figura 30.

Respuestas a la pregunta No. 4 de la entrevista semiestructurada aplicada a las IPS Públicas



Fuente: Entrevista semiestructurada realizada por las autoras.

6.4.6 Adaptación o ajuste de elementos imitados

Además de lo anterior, dos de las instituciones consideran de gran importancia tomar como punto de partida el aprendizaje y el conocimiento adquirido por medio

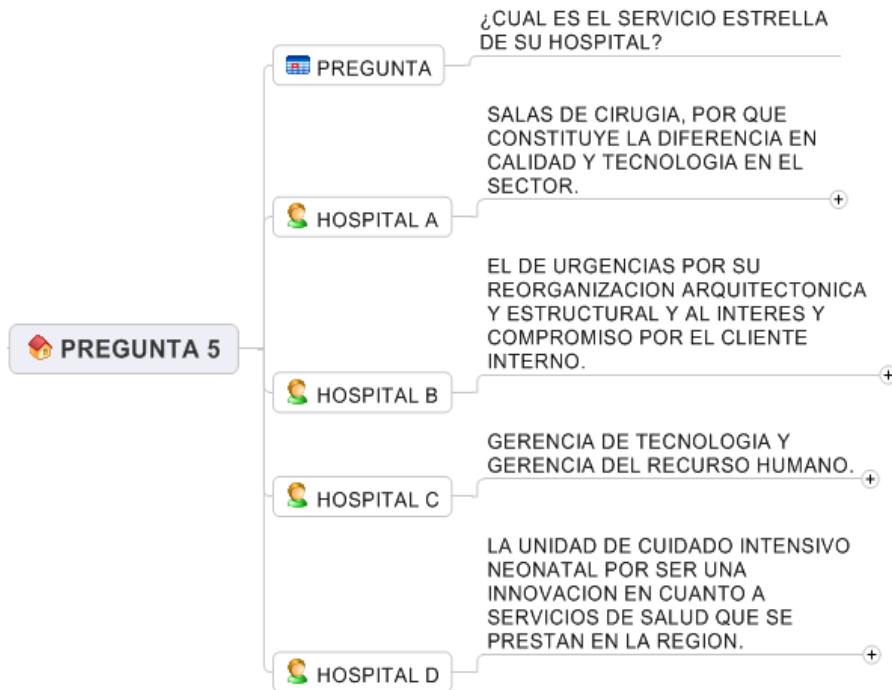
de la experiencia de otras empresas, pero adaptado a las condiciones propias de la entidad, de tal forma que los procesos referenciados no son imitados fielmente, sino que son ajustados, de modo que se imprime el sello de originalidad, dentro de la búsqueda de la mejor forma particular de implementar procesos.

Igualmente, resulta significativa la afirmación realizada por dos de las instituciones, en cuanto a la pregunta de cuál era considerado el servicio estrella del Hospital, puesto que independientemente del tipo de servicio o proceso registrado, la razón de esta apreciación se basó en el carácter innovador del mismo, reconocido como aspecto diferenciador en el sector e inclusive como factor determinante en cuanto a ventaja competitiva. Figura 31.

Pareciera que el hecho de imitar un proceso dándole un ajuste de tipo adaptativo, es visto por estas entidades como innovador, y no como una acción de imitación.

Figura 31.

Respuestas a la pregunta No. 4 de la entrevista semiestructurada aplicada a las IPS Públicas



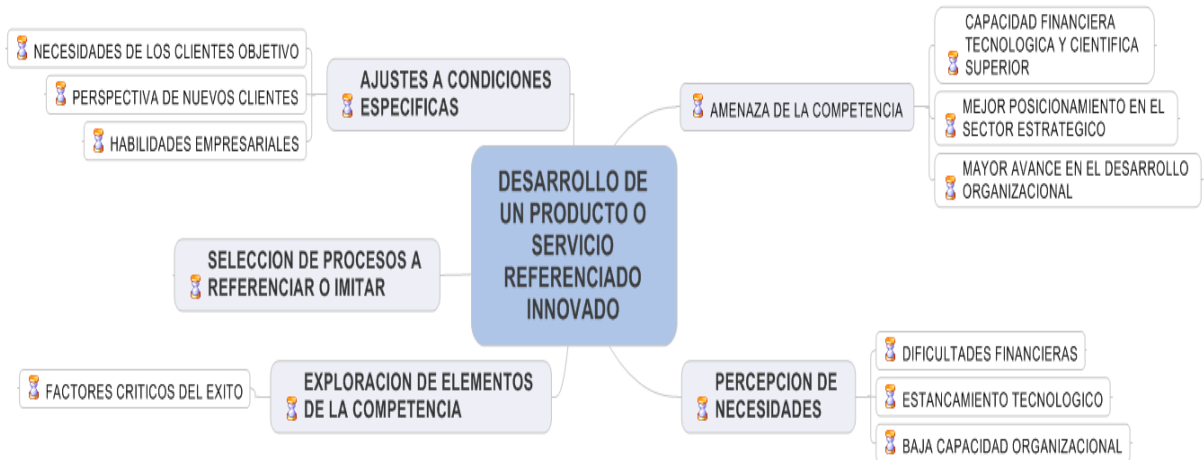
Fuente: Entrevista semiestructurada realizada por las autoras.

En conclusión, siempre se tiene la percepción de que se imita para innovar. Se presenta una negación de la imitación en términos precisos, para plantearla como un mecanismo que conduce a la innovación, mediante el desarrollo de un producto o servicio que podríamos denominar referenciado innovado.

La perspectiva de las entidades estudiadas en cuanto al proceso mencionado puede observarse en la figura 32 a continuación.

Figura 32.

Proceso de desarrollo de un producto o servicio referenciado innovado



Fuente: Desarrollo de las autoras.

6.5 INTERVENCIONES PREVENTIVAS DE LA CONVERGENCIA Y HACINAMIENTO

Uno de los componentes del Sistema General de Seguridad Social en Colombia es el Sistema General de Seguridad Social en Salud, conformado por varios tipos de organizaciones, tales como Entidades Promotoras de Salud, Fondos de Cesantías, Sociedades Administradoras de Fondos de Cesantía, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; como parte de estas últimas, cobra gran importancia para el sistema el papel de los hospitales públicos, como entidades que de acuerdo a los principios de la Ley 100 de 1993 debieron reformarse, convirtiéndose en empresas con capacidad de acción dentro de un sistema con altos niveles de rivalidad, en el que los subsidios a la oferta destinados a las

entidades públicas como figura paternalista del Estado, fueron progresivamente reemplazados por subsidios a la demanda, completamente dependientes de la capacidad competitiva de los prestadores de servicios de salud.

Por otra parte, para las empresas del estado prestadoras de servicios de salud constituye un aspecto de vital importancia para el logro de la sostenibilidad financiera y por ende de la autonomía administrativa determinada por Estado, el desarrollo de habilidades empresariales que les proporcionen ventajas competitivas en su sector, constituyéndose en características diferenciadoras con respecto a sus competidores.

Además, como pudo establecerse en la revisión teórica realizada, la imitación empresarial como estrategia que algunas entidades implementan para alcanzar el mismo desarrollo en los procesos de producción y/o en los productos ofertados por aquellas organizaciones identificadas como exitosas en el sector estratégico, constituye un factor de riesgo para la convergencia estratégica y el hacinamiento, fenómenos que pueden producir un impacto negativo en la rentabilidad de las empresas y en el sector en general.

Dentro de la investigación realizada se observó un aspecto considerado como fundamental para evitar la convergencia estratégica y el hacinamiento, y es que en dos de los cuatro hospitales entrevistados, se reconoce la importancia del componente de innovación como característica distintiva en el sector y como factor determinante de la ventaja competitiva, constituyéndose en la particularidad de su producto estrella, independientemente del tipo específico de servicio que fue considerado como tal.

Así mismo, se estima de gran importancia para la prevención de la convergencia y el hacinamiento, que las instituciones entrevistadas determinaron como base de

su proceso de referenciación competitiva, la identificación de las necesidades específicas de sus organizaciones y de la población de su área de influencia, lo cual puede proporcionarle un sello particular a los procesos o servicios que surjan como resultado del benchmarking.

En resumen, aún a pesar de las condiciones particulares que caracterizan a las empresas del estado prestadoras de servicios de salud de carácter público como es el caso de los cuatro hospitales entrevistados, se considera que el factor protector fundamental para prevenir la convergencia estratégica, el hacinamiento y la consecuente disminución de la capacidad competitiva que lleva a la erosión en la rentabilidad de las empresas y por ende la afectación de la perdurabilidad dentro del sector, lo constituye la capacidad creativa de las organizaciones, que les permita basadas en las necesidades específicas de sus clientes objetivo y en las potencialidades propias a su interior, generar procesos originales, siendo precisamente esta originalidad lo que les agregue valor a los servicios ofertados, constituyéndose en una ventaja con respecto a la competencia.

7. CONCLUSIONES

Los organismos vivos se comportan como sistemas complejos con una permanente tendencia a la autorganización, en los que todos los procesos que se desarrollan en su interior son el fruto de múltiples interacciones de carácter imprevisible entre una serie de factores tanto intrínsecos, como de su entorno. En consecuencia, los procesos de salud y enfermedad en los organismos vivos, están determinados por la causalidad definida como compleja en la que interactúan de manera continua tanto los elementos básicos de los individuos, como las particularidades de su entorno social y laboral, que asociadas a las características culturales y del medio ambiente, definen la transformación de los estados de salud hacia la enfermedad.

De la misma manera, las empresas se comportan como sistemas complejos, en los que es la causalidad compleja la que define el desarrollo de todos sus procesos, entre ellos, el desarrollo de patologías tales como la imitación, proceso en el que se conjugan una serie de factores determinantes tanto intrínsecos de cada empresa, como amenazas del entorno, y donde juega un papel fundamental la percepción de los líderes de la organización acerca del fenómeno del benchmarking como factor de riesgo o como estrategia de gestión.

Así mismo, las organizaciones del sector salud estudiadas, presentan un alto grado de imitación y por tanto de convergencia estratégica, con la potencialidad de hacinarse y presentar las consecuencias relacionadas con este fenómeno, tales como la disminución de la rentabilidad tanto en las propias instituciones, como en el sector en general.

Por otra parte, la estructura originalmente diseñada dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, para el sector público en redes de atención, bajo la filosofía de la prestación de servicios de manera complementaria, se ha transformado progresivamente en algunas organizaciones del sector salud por factores relacionados con los niveles de competencia en el sector estratégico, y con el hacinamiento que ellas presentan, originando la rivalidad directa entre las entidades, aún a pesar de no compartir la misma población dispuesta por georreferenciación, mediante la apertura de servicios de alta complejidad, inicialmente designados para los hospitales de III Nivel.

En relación con el proceso de benchmarking, los hospitales estudiados consideran que no realizan textualmente procesos de imitación de las actividades o servicios referenciados, sino que tienen la impresión de que desarrollan una adaptación con base en las particularidades de su propia organización, lo cual convierte en novedoso el servicio o producto resultante del proceso.

Lo anterior representa un problema aún mayor para las organizaciones, porque ellas ignoran el riesgo de la imitación, interpretando este proceso como un mecanismo de gestión y mejoramiento continuo, desconociendo además tanto los conceptos de convergencia estratégica y hacinamiento, como sus potenciales consecuencias, por lo que se conducen apaciblemente hacia el deterioro de sus condiciones, sin siquiera identificar este proceso como patológico.

Por otra parte, es importante resaltar que en estas entidades, se reconoce que es el carácter innovador de sus actividades o servicios lo que puede representar una ventaja competitiva en el sector, en una aproximación primaria al concepto de manchas blancas sin embargo, de la misma manera se considera a la imitación como una de las bases para el desarrollo de procesos creativos, lo cual puede convertirse en un riesgo potencial, porque al no ser reconocido el fenómeno de la

imitación como una de las patologías empresariales, las instituciones no establecen medidas preventivas o correctivas para evitar sus consecuencias, y como se pudo observar, estos hospitales convergen estratégicamente.

Por último, debe recalcarse que al igual que en otros sectores estratégicos, en el sector salud la motivación permanente de la creatividad que conduzca a la innovación, orientada a las necesidades o expectativas no atendidas de los clientes objetivo, se considera el factor primordial para evitar la convergencia estratégica y el hacinamiento.

BIBLIOGRAFIA

CADENA, Javier. GUZMAN, Alexander. RIVERA, Hugo Alberto. ¿Es posible medir la perdurabilidad empresarial? Revista Científica de UCES. Volumen X. No 1. 2006.

Epidemiología de las Enfermedades Transmisibles. Técnicos Especialistas en Medicina Nuclear y Radioterapia. Tema 13. Apartado 1. 2006.

La evaluación comparativa como herramienta de Salud Pública y Promoción de la Salud. Promoción de la Salud en Ontario E-Boletín, OHPE 223, Tomo 2001, No 223

LIEVERMAN, Marvin B. ¿Why do firms imitate each other? [en línea] Septiembre de 2002. La Escuela Anderson de UCLA. Disponible en www.anderson.ucla.edu/faculty/marvin.lieberman/wording.../imitation.pdf

MORE PALACIOS, Raúl. Economía Política de las Determinantes Sociales de la Salud. Informe Final. Lima, Diciembre de 2009.

ORTIZ HERNANDEZ, E. Complejidad nuevo paradigma en la salud, Innovación y Ciencia. Facultad de Medicina. Universidad Médica. “Carlos J. Finlay” Camagüey Cuba. 2005; 12(1)

PIERCE, Neil. FRANCO, Merletti. Complejidad, Simplicidad y la epidemiología. Oxford University Press. Asociación Internacional de Epidemiología. 2006.

RAMIS ANDALIA, Rina Milagros. Revista Cubana de Salud Pública v. 30 n. 3 Ciudad de la Habana. Jul-Sept. 2004.

RESTREPO, Luis Fernando. Análisis estructural de sectores estratégicos, 2 ed. Facultad de Administración. Centro Editorial Universidad del Rosario, Bogotá. Colombia, 2008.

RESTREPO Puerta, Luis Fernando. RIVERA, Hugo Alberto. ¿Por qué la convergencia estratégica puede originar la mortalidad empresarial? Febrero de 2005

RIVERA, Hugo Alberto. Convergencia estratégica. Facultad de Administración. Documentos de investigación No 10. Centro Editorial Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia, 2005.

BELTRAN, Alfredo. BURBANO, Angélica. Modelo de benchmarking de la cadena de abastecimiento para pymes manufactureras. Estudios Gerenciales. Universidad ICESI, Colombia. 2002.

GARAVITO, Sandra. SUAREZ, Elizabeth. Desarrollo conceptual del benchmarking y consideraciones de aplicación práctica. Caso: Empresas con procesos biotecnológicos. Universidad Nacional de Colombia. 2001.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

CLAROS, Paula Andrea. La perdurabilidad de las organizaciones y la reflexión estratégica en un entorno complejo. Universidad & Empresa. Bogotá. (Colombia). 6 (12): 292-302. Junio de 2007.

Documento Técnico de Construcción del Ordenamiento (Ranking) de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, basado en el Sistema Único de Habilitación y la Incorporación de indicadores financieros y de resultado. Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social. Ministerio de Protección Social y Universidad Nacional de Colombia. Septiembre de 2006.

Estudio de IPS Públicas con corte a 31 de diciembre de 2009. Superintendencia Nacional de Salud. Julio de 2010.

GONZALEZ, Javier Leonardo. RESTREPO, Luis Fernando. Observatorio de Epidemiología Empresarial. Un instrumento para contribuir a la perdurabilidad de las empresas latinoamericanas. Universidad del Rosario. Facultad de Administración, 2003.

HYMOWITZ, C. El nuevo lema corporativo: la innovación. The Wall Street Journal. 2006.

MALDONADO, Carlos Eduardo. GOMEZ, Nelson Alfonso. El mundo de las ciencias de la complejidad. Un estado del arte. Documento de investigación No. 76. Centro de Estudios Empresariales para la Perdurabilidad-CEEP y Laboratorio

de Modelamiento y Simulación LM y S. Facultad de Administración. Universidad del Rosario. Editorial Universidad del Rosario. Mayo de 2010.

MARTINEZ, Johann Heinz. Sobre ciencias y empresas. Revista Eos. No. 2. Enero-Abril de 2008.

MARTINEZ, J. MALDONADO, C. Propuesta computacional para el hacinamiento en un sector industrial. Facultad de Administración de Empresas. Universidad del Rosario. 2010.

RIVERA, Hugo Alberto. El hacinamiento, la enfermedad que los estrategas deben curar. Revista Universidad & Empresa. Bogotá: Universidad del Rosario. 7: 83-100. 2004.

RIVERA, Hugo Alberto. Indicador de Perdurabilidad Empresarial. Documentos de investigación No. 27. Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario. 2006.

RIVERA, Hugo Alberto. La perdurabilidad organizacional: un fenómeno explicable desde la biología, la economía y la dirección estratégica de la empresa. Revista Eos. No. 1. Septiembre-Diciembre de 2007.

VALDÉS, L. Innovación: el arte de inventar el futuro. Bogotá. Norma. 2004.

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Indicadores de Calidad. Hospital A	58
Tabla 2. Indicadores de Calidad. Hospital B	63
Tabla 3. Indicadores de Calidad. Hospital C	68
Tabla 4. Indicadores de Calidad. Hospital D	74
Tabla 5. Nivel de imitación. Sector de hospitales públicos.	79

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Triada epidemiológica clásica.	8
Figura 2. Modelo de monocausalidad.	24
Figura 3. Modelo de multicausalidad con efecto único.	26
Figura 4. Modelo de multicausalidad con efectos múltiples.	28
Figura 5. Representación del modelo de influencias por niveles de factores.	33
Figura 6. Causas y consecuencias de la convergencia estratégica.	53
Figura 7. Indicadores de Calidad. Oportunidad en la atención. Hospital A	60
Figura 8. Indicadores de Calidad. Proporciones. Hospital A	61
Figura 9. Indicadores de Calidad. Tasas. Hospital A	61
Figura 10 Indicadores de Calidad. Oportunidad en la atención. Hospital B	64
Figura 11 Indicadores de Calidad. Proporciones. Hospital B	65
Figura 12 Indicadores de Calidad. Tasas. Hospital B	66
Figura 13 Indicadores de Calidad. Oportunidad en la atención. Hospital C	70
Figura 14 Indicadores de Calidad. Proporciones. Hospital C	71
Figura 15 Indicadores de Calidad. Tasas. Hospital C	72
Figura 16 Indicadores de Calidad. Oportunidad en la atención. Hospital D	75
Figura 17 Indicadores de Calidad. Proporciones. Hospital D	76
Figura 18 Indicadores de Calidad. Tasas. Hospital D	77
Figura 19 Nivel de imitación en algunas organizaciones del sector salud. Variable precio.	81
Figura 20 Nivel de imitación en algunas organizaciones del sector salud. Variable producto.	83
Figura 21 Nivel de imitación en algunas organizaciones del sector salud. Variable promoción.	84
Figura 22 Nivel de imitación en algunas organizaciones del sector salud.	

Variable necesidades a satisfacer.	85
Figura 23 Fisiopatología de los estados de enfermedad.	90
Figura 24 Fisiopatología de los estados de enfermedad en los seres vivos.	91
Figura 25 Fisiopatología de los estados de enfermedad en las empresas.	92
Figura 26 Benchmarking en hospitales.	95
Figura 27 Respuestas a la pregunta No. 1 de la entrevista semiestructurada aplicada a las IPS Públicas.	97
Figura 28 Respuestas a la pregunta No. 2 de la entrevista semiestructurada aplicada a las IPS Públicas.	99
Figura 29 Respuestas a la pregunta No. 3 de la entrevista semiestructurada aplicada a las IPS Públicas.	100
Figura 30 Respuestas a la pregunta No. 4 de la entrevista semiestructurada aplicada a las IPS Públicas.	102
Figura 31 Respuestas a la pregunta No. 5 de la entrevista semiestructurada aplicada a las IPS Públicas.	104
Figura 32 Proceso de desarrollo de un producto o servicio referenciado innovado.	105

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Formato de entrevista semiestructurada aplicada a las IPS Públicas seleccionadas.	84
Anexo B. Transcripción de entrevistas semiestructuradas aplicadas.	86
Anexo C. Características de las instituciones estudiadas.	103

ANEXOS

Anexo A.

Formato de entrevista semiestructurada aplicada a las IPS Públicas seleccionadas.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Instrucciones:

Respetado Gerente de la empresa.

Somos estudiantes de la Maestría en Administración en Salud de la Universidad del Rosario y mediante esta entrevista queremos conocer su experiencia en la implementación del benchmarking (referenciación competitiva) en su empresa.

Garantizamos confidencialidad, dado que la información tratada en esta entrevista, será manejada como anónima.

¿Teniendo en cuenta la importancia de la información que nos proporcionará para el desarrollo de nuestra investigación, permitiría usted que la entrevista fuese grabada?

Si_____ No_____

Esta entrevista tiene como objetivo recopilar información acerca de la estrategia de benchmarking en su empresa.

1. ¿Cuáles son los factores que llevaron a su compañía a adoptar la estrategia del benchmarking?
 - En relación con los costos.
 - En relación con lo que representa la creación de la experiencia propia.
 - En relación con el tiempo.

2. ¿Cómo se determinó en su empresa a qué se realizaría el benchmarking?
 - En cuanto a la definición de clientes.
 - En cuanto a los factores críticos de éxito sobre los cuáles realizar la evaluación comparativa.
 - En cuanto al desarrollo de nuevos productos o servicios.

3. ¿Cómo fueron identificadas las fuentes de información?

4. Una vez implementada la estrategia, ¿cuáles fueron los resultados para la empresa?
 - En relación con los planes de mejoramiento.
 - En relación con la rivalidad en el sector.
 - En relación con el hacinamiento y convergencia estratégica.
 - En relación con el rendimiento financiero.

5. ¿Cuál considera Dr. que es el servicio estrella de su hospital?

6. ¿Cuáles son las principales necesidades de los usuarios que su organización intenta satisfacer?

MUCHAS GRACIAS.

Anexo B.

Transcripción de entrevistas semiestructuradas aplicadas.

A continuación se transcriben las entrevistas realizadas como parte del proceso de recolección de la información requerida para el trabajo de grado.

Con el ánimo de guardar la confidencialidad de la información obtenida, se manejará el anonimato tanto de las Instituciones entrevistadas, como de los funcionarios que brindaron la entrevista.

HOSPITAL A

Buenos días, nos encontramos con el Dr. Gerente del Hospital A, quien muy amablemente ha aceptado colaborar con el trabajo de investigación concediéndonos la entrevista semiestructurada requerida para la recolección de información.

Buenos días, es un placer colaborar en este proyecto.

Gracias Dr. Vamos entonces a proceder con las preguntas.

-Cuáles son los factores que llevaron a su compañía a adoptar la estrategia del benchmarking?

-En relación con lo que representa la creación de una experiencia propia, considerando que esta metodología implica un proceso sistemático y continuo para evaluar comparativamente los productos, servicios y procesos de trabajo en las organizaciones, la E.S.E. adoptó en su creación esta metodología debido a la necesidad de una solución oportuna y rápida para los problemas que en materia de salud presentaba la región occidente del departamento, conformada por 17 municipios de este departamento.

Básicamente, el ejercicio consistió en referenciarse en los mejores modelos de prestación de servicios de salud a nivel nacional y en las causas que originaron la crisis de la red de prestadores de salud públicos en la nación, de tal manera que no se repitieran en esta nueva entidad.

Consecuentemente, el DNP observó que la crisis hospitalaria se originaba en la estructura financiera de las entidades, las cuales tenían edades de cartera prolongada, una mayor participación de los pasivos que del patrimonio en los activos, una generación de facturación y cartera lenta y estructuras organizacionales inflexibles y poco aptas para la competitividad frente al sector privado. Como solución, se estudió y adoptó la tercerización de servicios ya usada en otras entidades, se estudió y perfeccionó el proceso de facturación y el de auditoría en sus perspectivas de cuentas médicas, pertinencia clínica y cumplimiento del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud.

La información referente fue obtenida de los datos del Ministerio de la Protección Social y del Departamento Nacional de Planeación, así como de la observación directa en Hospitales.

-¿Cómo se determinó en su empresa a qué se realizaría el benchmarking?

-Como se mencionó en la pregunta anterior, el benchmarking se desarrolló frente a los factores críticos de éxito, que consideró el hospital para su eficiente desempeño, tales como facturación, cartera, estructura organizacional y sistemas de información.

-¿Cómo fueron identificadas las fuentes de información?

-Las fuentes de información se identificaron a partir de los diagnósticos del sector realizados por el Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de

Planeación y ante el reconocimiento de los mejores exponentes en gestión hospitalaria, gestión de la estructura financiera, satisfacción y lealtad del cliente-usuario, calidad en el desarrollo de los procesos internos y la orientación del crecimiento y desarrollo organizacional.

-Una vez implementada la estrategia, ¿Cuáles fueron los resultados para la empresa?

-Dicha estrategia fue adoptada desde el momento de la concepción de la IPS, consecuentemente, la estructura de los costos de producción ha sido en un 97% variable y directamente proporcional al tamaño de las operaciones asistenciales o de la producción de servicios de salud, nunca se ha presentado déficit en la relación ingreso/gasto, se ha logrado un equilibrio permanente en la relación recaudo/compromiso, se ha registrado un crecimiento permanente en las ventas, en la apertura de servicios y en los modelos de gestión adoptados, posicionándose actualmente como centro de referencia en gestión hospitalaria a nivel nacional.

-Cuál considera Dr. Que es el servicio estrella de su hospital?

-Salas de cirugía.

-Cuáles son las principales necesidades de los usuarios que su organización intenta satisfacer?

- El Hospital propende que los servicios ofrecidos se realicen con personal calificado, comprometido, idóneo, con vocación de servicio y de atención a la comunidad, con sólidos principios éticos para el cumplimiento de las normas, procedimientos técnicos y legales que regulan la atención en salud, para ser la

institución que la comunidad del occidente del departamento requiere, en condiciones de capacidad tecnológica y científica adecuadas, de suficiencia administrativa, patrimonial y financiera equilibrada, que permita un sistema empresarial exitoso en permanente mejoramiento.

HOSPITAL B

- Buenos días, nos encontramos en el Hospital B, un agradecimiento al Dr. Gerente de la E.S.E. por permitirnos la entrevista semiestructurada para el trabajo de grado de la Patogenia de la Imitación como parte de la Morbilidad Empresarial, muchas gracias Dr.

-Muchas gracias a ti por contemplar nuestro Hospital y nuestro nombre para apoyar tus propósitos.

-Gracias, el Dr. muy amablemente nos ha permitido grabar esta entrevista, entonces vamos a dar inicio, con la primera pregunta.

-¿Cuáles cree usted, Dr. que fueron los factores que llevaron a su Hospital a adoptar la estrategia del benchmarking?

-Hay tres aspectos de referencia, hemos contemplado que el tiempo es uno de ellos, también los costos y que también representa la creación de una experiencia propia, pero básicamente hemos observado que el benchmarking lo hemos partido en una concepción nuestra desde el interés de hacer un ejercicio comparativo y un ejercicio de entender dentro de aquello que nos es dable sin entrar en los riesgos del espionaje industrial, el know how, en lo poco que se puede captar de una organización u otra al desarrollar uno de sus procesos o la consecución de alguno de sus objetivos o sus productos o metas, entonces, particularmente nosotros hemos podido referenciar el desarrollo del modelo estándar de control interno que tal vez no tendría que ver con los costos directamente, seguramente sí, de manera

indirecta con el tiempo, puede tener alguna relación en la medida en que tenemos un cumplimiento obligatorio de ley y también representa más que creación, una valoración a través del referente externo de cómo estamos nosotros, en qué grado va nuestro desarrollo, entonces de pronto no enmarca directamente dentro de alguna de las variables contempladas en el planteamiento, pero es eso, tratar de entender un poco el know how para otros.

-¿Cómo determinó Dr. el Hospital B con quién se realizaría la comparación, con quién hacer el benchmarking?

-Con base en nuestras necesidades, si tomamos el mismo ejemplo de la referenciación del Modelo Estándar de Control Interno, su desarrollo y su implementación, encontramos que en las Instituciones públicas Hospitalarias del Departamento había algunos referentes con unas difusiones a través de medios masivos de un cumplimiento de alto nivel en algunos de los hospitales, entonces nosotros en la autoevaluación que hacíamos nos encontrábamos en un nivel mucho más bajo, mucho más precario, quisimos hacer una revisión de cómo acontecía ese desarrollo del modelo en otra entidad y por ese motivo lo hicimos, digamos para uno de los distintos, pero me refiero que igualmente aplica a unos y a otros porque de la misma manera hemos hecho referenciaciões para software integrado de gestión hospitalaria, referenciaciões para servicios como están operando y se consideran servicios ideales en el caso de nuestro servicio de urgencias que requirió una reconstrucción, una reorganización física-funcional e hicimos por ello e hicimos por ello referenciación también a otras entidades hospitalarias clínicas privadas de II y III nivel en Bogotá, entonces han sido distintos tipos de benchmarking que hemos realizado y no están en este momento centrados en las variables contempladas en el planteamiento de que ni los clientes ni los factores críticos de éxito, tal vez el que más se acerca es el desarrollo de un

nuevo producto o servicio que ya teníamos que es el servicio de urgencias y su reorganización física.

-¿Es decir, que partieron de las necesidades propias?

-Sí claro que sí, partimos de nuestras necesidades y queríamos ver como en otros escenarios de otras entidades de nivel de complejidad más alto que el nuestro, en ese orden de ideas más retador para nuestras actuales circunstancias podríamos aplicar.

-¿Y cómo fueron Dr. Identificadas esas fuentes de información, cómo se determinó partiendo de las necesidades propias del Hospital, con quién debía compararse en el proceso de referenciación?

-Con hospitales que fueran de igual o superior nivel de complejidad, entidades que fueron reconocidas en el entorno de salud nacional como entidades acreditadas y que tienen algunas aplicaciones de calidad dignas de conocer.

-Dr. Una vez que implementaron la estrategia del benchmarking, ¿cuáles cree usted que fueron los resultados para su empresa?

-Pues primero, hay una forma un poco coloquial de decirlo, como que cada entidad hace las cosas a su propia forma. Sí, tuvimos que revalorar nuestra autoevaluación y nuestro reposicionamiento para el caso del modelo estándar de control interno, tuvimos que reiterar la decisión en su momento de continuar con un desarrollo de software institucional después de haber visto los diferentes productos que el mercado ofrece y para el particular del servicio de urgencias, tuvimos que hacer un nuevo y muy juicioso planteamiento del diseño arquitectónico y estructural de las áreas que teníamos disponibles y de la posibilidad que en una construcción antigua ella misma nos daba de hacer nuestro

propio servicio con nuestras características completamente nuestras sin poder ser ni mucho menos copiados textualmente de otras entidades.

-Es decir Dr. ¿Cree que la referenciación fue un factor positivo para la organización?

-Fue un proceso muy valioso y de igual manera no estamos apuntándole a hacer una imitación de las cosas como le decía, sino que es la adecuación a nuestras funciones propias y entender que hay diferentes formas de hacer lo mismo y que en esas diferentes formas cada entidad encuentra los dominios y logra explorar las rutas para lograr esos retos.

-Dentro de esa referenciación o como parte de los resultados de la referenciación, ¿su empresa ha encontrado que haya empezado a realizar procesos tal vez igual o de la misma forma en que lo hacen otras organizaciones del sector?

-No, en este momento no lo hemos podido hacer porque no sólo la cultura organizacional, la forma en la que están organizados los procesos en cada entidad aunque todos seamos prestadores de salud, sino también las mismas características del desarrollo tecnológico de unos y otros es disímil, en la medida en la que también la oferta de servicios es diferente. Hay muchos puntos que no son congruentes o que no son aplicables directamente, sino que más van e la idea de miren: hay otros que han sobrepasado estos obstáculos que tenían de esta forma; de qué manera podríamos nosotros si no es aplicable de la misma manera, de la misma forma, que otras alternativas creamos para rebasar retos semejantes o más difíciles o menos difíciles, pero que tenemos que sobreponer para poder continuar el desarrollo Institucional.

-¿Cuál considera Dr. Que es el servicio estrella de su Hospital?

-Es una pregunta bien interesante porque yo podría decir que en medio de tantas dificultades como las que tenemos, todos mis servicios son servicios estrella, sí, en cada uno puede encontrar un interés y un compromiso muy grande en gran parte del cliente interno, sería iluso poder decir en la totalidad, pero en gran parte del cliente interno y frente a las dificultades a las estrecheces económicas en producción de insumos, en equipos que están desactualizados uno diría que la gente trabaja pese a todo eso y eso es muy meritorio de pronto si nos sostuviéramos por puntos aislados en la reorganización arquitectónica y estructural, el servicio de urgencia creo que sería un servicio que vale la pena ver y que de todas formas pese a que hemos incidido de una manera mayoritaria en la organización físico-funcional, hemos logrado también aplicar un poco a la optimización de sus procesos internos, eso no quiere decir que no sea susceptible a falencias y a continuar mejorando.

-¿Cuáles son las principales necesidades de los usuarios que su organización intenta satisfacer?

-Las necesidades de salud, indudablemente hay unos puntos previos para llegar a ese propósito último y la necesidad de información es algo completamente crítico en una óptima atención en salud.

Dr. Muchísimas gracias por su atención.

No, Dra. a ti muchas gracias y espero que mis experiencias sean útiles a tus propósitos.

HOSPITAL C

Muy buenas tardes, nos encontramos con la Dra. Jefe de Planeación del Hospital C, quien muy amablemente nos va a conceder la entrevista semiestructurada para el Trabajo de Grado de la Patogenia de la Imitación dentro de la morbilidad

empresarial. La Dra. ha sido delegada por el Dr. Gerente de la E.S.E. para que nos proporcione esta información.

-Dra. muy buenas tardes y muchas gracias.

-Gracias a ti.

-Entonces la Dra. nos ha permitido grabar esta entrevista, vamos a empezar con la primera pregunta.

-¿Cuáles son los factores Dra. que llevaron al Hospital C a adoptar la estrategia del benchmarking?

-Bueno, básicamente en el tema en que nosotros en este momento hemos priorizado para el Hospital es la acreditación, lograr la acreditación en salud era necesario como Hospital Universitario poderlo hacer antes del año 2012, eso implicaba que teníamos que tener un tiempo record para poder lograr nuestra acreditación y conocer las estrategias de otros hospitales, el cómo habían logrado implementar los estándares para nosotros era una prioridad, entonces el tema del tiempo que nosotros tenemos para hacer una acreditación y la implementación de las estrategias, nos llevaron a pensar en la referenciación competitiva.

-¿Es decir, que el Hospital consideró que crear su experiencia propia en este sentido le iba a llevar mucho más tiempo que observar la experiencia de otras Instituciones en lo que era objetivo de comparar?

-Digamos que era mixta la situación, podríamos haber comenzado haciendo estrategias propias, de hecho lo hicimos así pero también veíamos que había unos Hospitales que habían avanzado rápidamente en el tema y dijimos bueno, cómo lo hicieron tan rápido y tan bien? Paralelamente, estábamos haciendo las dos cosas, es decir, comenzamos con nuestra autoevaluación, comenzamos con la ejecución de planes de mejoramiento pero habían experiencias exitosas que nos llamaban mucho la atención específicamente en el sector público con todas las dificultades

que tenemos, entonces definimos que para ganar tiempo era mejor conocer experiencias exitosas para poderlas implementar rápidamente.

-¿Y permitió ganar tiempo?

-Sí claro, definitivamente, muchos planes de mejoramiento empezaron a cambiar porque lo hacíamos ya, digamos sabiendo cómo era el objetivo y sabíamos cómo era el impacto que debíamos obtener. No era falla-error, sino más bien diciendo esto sí tuvo un impacto y véanlo que sí fue factible, sobre todo porque motivó mucho más al personal.

-En relación con los costos, Dra. ¿Vieron alguna diferencia entre referenciarse y crear la experiencia propia ya que utilizaron de manera mixta la experiencia?

-No, la verdad no lo hemos percibido, digamos que el impacto todavía no lo hemos podido medir. Hemos visto que podemos implementar muchas cosas y de hecho nos está ahorrando de pronto recursos porque sabemos si lo podemos hacer o ver de una manera factible, nosotros creemos que con lo que hacemos lo podemos lograr y no nos ha representado más costo, hasta el momento, no.

-En segundo lugar, Dra. ¿Cómo se determinó en el Hospital C a qué se realizaría la referenciación?

-Primero hicimos una autoevaluación de los que nos sentíamos débiles, cuáles eran digamos las debilidades que teníamos frente a la acreditación y de ahí se partió con un grupo de personas que identificaron con sus grupos de trabajo las cosas sobre las que no teníamos claridad o no sabíamos cómo hacerlas, entonces en reuniones previas dijimos este es el consenso de todos y en esto nos sentimos débiles y en esto no logramos orientarnos adecuadamente y una vez se hace esa reunión se definen los temas a tratar y los procesos que queríamos referenciar, se

hace toda la planeación y obviamente se empiezan a escoger los socios estratégicos con los que debíamos hacer la comparación.

-Y precisamente con respecto a esos socios con quienes debían compararse, ¿cómo identificó la Institución quienes eran esos referentes con quien debían compararse el Hospital C, cómo saber quién sí tiene un proceso que fuera de interés para el Hospital?

-Bueno, afortunadamente el Ministerio nos ha apoyado mucho en el tema, nos ha dado bastante información y nos ha dado a conocer esas experiencias, ha procurado que cada una de esas instituciones que tiene algo exitoso nos lo cuenten en diferentes escenarios, talleres, encuentros y además por internet, entonces nosotros lo que hacíamos era buscar de acuerdo a los que veíamos en todas esas reuniones que había el Ministerio y a través de internet mirábamos los indicadores. El Ministerio tiene una página que es el observatorio de calidad en el cual observábamos los indicadores de calidad y de ahí también empezamos a decidir cuáles eran esos socios con quienes podríamos referenciarlos porque mostraban desempeños mejores que el de nosotros.

-Una vez implementada la estrategia Dra. ¿Cuáles considera usted que fueron los resultados para el Hospital?

-Varias cosas, primero la motivación de las personas que fueron porque era importante que ellos vieran que todo se podía alcanzar y que todo se podía implementar a pesar de dificultades económicas y a pesar de dificultades también de actitud de la gente. Yo creo que lo más valioso fue la motivación de la gente que se logró con la referenciación. Segundo hay estrategias de bajo costo y de alto impacto que pudimos ver también dentro de la referenciación y ver por ejemplo como la cultura de diferentes, porque nosotros tuvimos la ventaja de

referenciarnos con instituciones fuera de Bogotá y también fue valioso ver la cultura de otras instituciones, de otras regiones que también ayudaba a que esto fuera alcanzable, eso es básicamente lo que nosotros logramos en el tema, a estrategias puntuales pues sí, en temas como la tecnología en este momento es importante para nosotros. Fue lo que logramos construir de todo eso.

-¿Cuál considera Dra. que es el servicio estrella del Hospital C en este momento?

-Varios, yo pienso que el tema de Gerencia de la Tecnología es un tema fuerte en el Hospital, el tema de recurso humano también es un tema muy valioso acá por el tipo de bienestar que se le da al usuario y al colaborador y cómo ellos retribuyen al Hospital. El tema laboral para nosotros es un tema muy bueno, el compromiso o el alma que le ponen los docentes al Hospital, porque muchos de los Médicos especialistas que tú vez acá son docentes Ad Honorem, de puro amor, son profesores eméritos que quieren el Hospital, eso transmite al resto de la organización ese amor y una de las cosas que nosotros hemos aprendido en todo esto es el amor que se debe tener. Y otro proceso exitoso, pues no, yo pienso que tanto en lo asistencial como en lo misional del Hospital la prestación del servicio no se sí en la visita de campo te diste cuenta, pero la calidez y la humanización del servicio en el Hospital es muy importante.

-Y por último Dra. ¿Cuáles son las principales necesidades de los usuarios que el Hospital intenta satisfacer?

-El Hospital tiene una desventaja y es el desplazamiento de los pacientes de todos los municipios del departamento, hasta de Bogotá, implica que el paciente tenga que pagar un bus, muchas veces tener una estadía en Bogotá donde no hay quién les apoye esa estadía y al otro día recibir un procedimiento o un tratamiento, eso

hace que la oportunidad en los servicios sea vital para nosotros, que el paciente venga y se pueda devolver el mismo día en la ruta en que se puede devolver, porque no a todos los municipios se sale cada hora desde el terminal. Entonces, el tema de oportunidad para nosotros en los usuarios es el más prioritario porque sabemos que el usuario quiere venir y devolverse inmediatamente. Esas son las necesidades más importantes que hemos detectado en nuestros usuarios.

Dra. Muchas gracias por su información, que es muy valiosa para nuestra investigación. Muchas gracias, suerte en tu trabajo.

HOSPITAL D

Buenas tardes, nos encontramos en el Hospital D, con la Dra. Jefe de Calidad, quién muy amablemente nos va a conceder la entrevista semiestructurada para el Trabajo de Grado Patogenia de la Imitación dentro de la Morbilidad Empresarial.

Dra. Muy buenas tardes.

Muy buenas tardes, gracias por tenernos en cuenta para realizar esta entrevista.

Dra. Teniendo en cuenta la importancia de la información que nos va a proporcionar para el desarrollo de esta investigación, ¿permitiría usted que la entrevista fuese grabada?

Sí, no hay problema.

Muchas gracias Dra. Entonces vamos a proceder con las preguntas de nuestra entrevista.

-Cuáles considera Dra. Que son los factores que llevaron al Hospital D a adoptar la estrategia del benchmarking?

-Bueno, es una estrategia que se hace o se tiene en cuenta para mejorar los procesos. Nosotros queremos crear una cultura para mejorar cada proceso y ser cada día mejores por eso optamos por esta estrategia.

-Dra. Comparativamente, en cuanto a la estrategia de la referenciación competitiva con respecto a la creación de experiencia propia, la empresa tuvo en cuenta alguno de estos factores para determinar que debía realizar la referenciación?

-En el Hospital se pensó que era mejor ver lo que ya estaba hecho, porque esto ahorraría costos en la implementación de algún proceso o algo nuevo en nuestra Institución, es más barato ver y tener, no copiar, pero si tener la experiencia de otros Hospitales que trabajan en el mismo nivel que nosotros, nos saldría mucho más económico hacer esta referenciación que no innovar, gastar en personal, en insumos, en tiempo, inclusive en investigación para poder crear algo nuevo o mejorar lo que ya tenemos.

-En segundo lugar Dra. ¿Cómo se determinó en el Hospital D a qué se realizaría el proceso de referenciación competitiva?

-Primero se hizo un estudio de lo que necesitaba la población que estábamos en capacidad de implantarlo, de crearlos como un servicio nuevo o de mejorar o implementar los servicios ya existentes y que nuestra comunidad necesitaba y no había en la región cercana ni aquí mismo estos servicios. Después de esa investigación que se hizo de lo que faltaba para cumplir las necesidades de nuestros clientes, estudiamos los hospitales del departamento que tenían estos servicios para ir a realizar este benchmarking y ver cómo estaban evolucionando ellos en la prestación e implementación de estos servicios.

-En tercer lugar Dra. ¿Cómo fueron identificadas las fuentes de información de donde se escogerían las entidades, los clientes con quienes realizar el benchmarking?

-Tuvimos en cuenta los hospitales de II Nivel como es el nuestro que tuvieran el servicio que queríamos implementar y que tuvieran buenos resultados de acuerdo a lo que decían sus gerentes y su personal, nos faltó una cosa, preguntarle al

usuario externo. Tuvimos en cuenta eso, lo que ellos hablaban de cómo les estaban evolucionando los servicios que nosotros queríamos implementar.

-¿Y esa información proporcionada por las otras Instituciones en cuanto a qué resultados tenían de los servicios que querían implementar en dónde fue conseguida, mediante que fuentes se obtiene la información?

-Es una fuente directa, mediante las reuniones que se realizan de gerentes, de subgerentes, las reuniones que se tienen periódicas en la gobernación de nuestras instituciones, vamos complementándonos, vamos comentando las experiencias exitosas y también los fracasos o procesos que no han sido exitoso que no han llevado a un fin exitoso en nuestras instituciones.

-En cuarto lugar, Dra. una vez implementada la estrategia, ¿cuáles fueron los resultados para el Hospital?

-Pensamos que muy buenos, fortalecimos nuestros servicios, implementamos otros, creamos unos, pienso que la experiencia fue muy exitosa, además fuimos y vimos los que teníamos como referencia que eran los mejores, y al ser los mejores, nosotros íbamos a ser mucho mejores y tendríamos un enfoque más amplio en cuanto a capacitación a nuestro personal a implementar mejor unos planes de mejoramiento, hacerles el seguimiento hasta llevar a un complemento más alto para implementar o para mejorar los servicios ya existente.

-¿Considera Dra. que al utilizar la estrategia de la referenciación competitiva, la empresa entró o puede entrar en un futuro en un proceso de competencia por los mismos clientes, prestando los mismos servicios, mediante las mismas estrategias de divulgación o de publicidad, o ese no es el caso de su Hospital?

-No es nuestro caso, por el momento somos únicos en ésta región en muchos servicios: urgencias 24 horas, hospitalización igual; de pronto podría existir este aspecto en los que es primer nivel, consulta externa, promoción y prevención, en los programas como estos, en los que sí hay otras Instituciones en la misma área geográfica, pero nosotros somos mejores, contamos con mejores profesionales, mejor tecnología, servicios 24 horas, podemos implementar consulta por urgencias y dar mayor oportunidad que las otras instituciones en la región.

-¿Cuál considera Dra. que es el servicio estrella de su Hospital?

-El último que implementamos, la UCI neonatal, pienso que es algo nuevo en la región, tiene un cubrimiento muy amplio, además contamos con tecnología avanzada con profesionales idóneos y no hay otro Hospital, otra Institución que preste estos servicios en una cercanía geográfica que nos pueda competir, además, se trabajó muchísimo en la planeación, en la implementación de este servicio y muy pronto empezaremos a evaluarlo y a mejorarlo, pero pienso que ese es nuestro servicio estrella por el momento. Tenemos otros que han sido estrella, como cirugía 24 horas y urgencias, pero por el momento pienso que es la UCI neonatal.

-¿Y por último Dra. Cuáles son las principales necesidades de sus usuarios que la organización intenta satisfacer?

-En cuanto a usuarios tenemos que tener en cuenta tanto nuestros usuarios internos como externos, que tenemos que satisfacer sus necesidades principales en cuanto a oportunidad en la atención, oportunidad en el pago a nuestros trabajadores, a nuestros proveedores para así garantizar unos servicios adecuados y a tiempo. También brindarles una seguridad a nuestros clientes externos con profesionales idóneos que estén cubriendo los horarios requeridos,

de acuerdo a lo que necesite nuestra comunidad. Contar con una tecnología de avanzada, con unos servicios novedosos en la región como son el TAC, mamografía, las UCI, que ya las habíamos mencionado, servicios de endoscopias, ecografías, un laboratorio de III Nivel, que está al servicio de la comunidad 24 horas. Todo esto hacer que nuestros usuarios tanto internos como externos, nuestros proveedores tengan un nivel de satisfacción mayor de los que pueden contra en otras instituciones que presten servicios de salud. También una de las metas que tiene nuestro hospital es llevar los servicios a la comunidad mediante la implementación y mejoramiento de los programas de promoción y prevención, que estemos nosotros más hacia la comunidad y no esperar que la comunidad venga a obtener los servicios acá en la planta física del Hospital.

-Dra. Muchas gracias por su información, es muy valiosa para nuestra investigación y quedamos eternamente agradecidos.

-Muchas gracias por tenernos en cuenta para esta investigación.

Anexo C

Características de las instituciones estudiadas

Hospital A

Nivel de atención: II

Servicios	Principales tarifas	Principales clientes	Medios de publicidad utilizados
Consulta externa general y especializada. Hospitalización general adultos, pediátrica, obstétrica, cirugía general ambulatoria y hospitalaria, cirugía ambulatoria y hospitalaria de ginecología, ortopedia, urología, dermatología, cirugía plástica, orl. Fertilidad. Laboratorio clínico especializado. Urgencias. Transporte asistencial básico y medicalizado. Hospitalización para recuperación nutricional.	Evento: SOAT pleno. Capitación.	Secretaría Departamental de Salud. EPS-S	Internet, televisión local, radio local, revista, folletos, afiches, calendarios, esferos, plegables.

Hospital B

Nivel de atención: II

Servicios	Principales tarifas	Principales clientes	Medios de publicidad utilizados
Consulta externa general y especializada. Hospitalización general adultos, pediátrica, obstétrica, cirugía general ambulatoria y hospitalaria, cirugía ambulatoria y hospitalaria de ginecología, ortopedia, urología, dermatología, orl. Laboratorio clínico especializado. Urgencias. Transporte asistencial básico y medicalizado. UCI neonatal, pediátrica y adultos.	Evento: SOAT menos 20% a SOAT pleno. Capitación.	Secretaría Departamental de Salud. EPS-S	Televisión local, radio local, folletos, afiches, calendarios.

Hospital C

Nivel de atención: III

Servicios	Principales tarifas	Principales clientes	Medios de publicidad utilizados
Consulta externa especializada. Hospitalización adultos especializada, obstétrica de alto riesgo, cirugía general ambulatoria y hospitalaria, cirugía ambulatoria y hospitalaria de alta complejidad en gastroenterología, cardiovascular, vascular periférica, ortopedia, urología, dermatología, cirugía plástica, orl. Laboratorio clínico especializado. Urgencias. Transporte asistencial básico y medicalizado. UCI neonatal, pediátrica y adultos	Evento: SOAT menos 20% a SOAT pleno. Capitación.	Secretaría Departamental de Salud. EPS-S	Internet, Congresos, televisión, radio, revistas, folletos, afiches, calendarios.

Hospital D

Nivel de atención: II

Servicios	Principales tarifas	Principales clientes	Medios de publicidad utilizados
Consulta externa general y especializada. Hospitalización general adultos, pediátrica, obstétrica, cirugía general ambulatoria y hospitalaria, cirugía ambulatoria y hospitalaria de ginecología, ortopedia, urología, dermatología, cirugía plástica, orl. Laboratorio clínico especializado. Urgencias. Transporte asistencial básico y medicalizado. UCI neonatal y pediátrica.	Evento: SOAT menos 20% a SOAT pleno. Capitación.	Secretaría Departamental de Salud. EPS-S	Internet, televisión local, radio local, revista, folletos, afiches, calendarios.

GLOSARIO

CONVERGENCIA ESTRATEGICA: situación en la que un grupo de empresas de un sector estratégico desarrollan actividades similares y reflexiones estratégicas parecidas. Restrepo 2003.

CRECIMIENTO SOSTENIBLE: capacidad de una organización para sostener o no el crecimiento de la demanda sectorial, para abordar otros sectores diferentes a los que atiende en este momento. Cadena 2006.

DIVERGENCIA ESTRATEGICA: característica diferenciadora de los servicios o productos que los hace únicos y difícilmente imitables. Restrepo 2003.

EPIDEMIOLOGIA: es la disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas. Pierce 2006.

HACINAMIENTO: aglomeración en un mismo sector estratégico de un número de empresas que se considera excesivo, y consecuentemente a procesos de morbilidad e inclusive de mortalidad empresarial. Rivera 2004.

IMITAR: hacer o esforzarse por hacer algo lo mismo que otro, o según el estilo de otro. Rivera 2004.

INNOVAR: es la creación o modificación de un producto, y su introducción en un mercado. Hymowitz 2006.

MANCHAS BLANCAS: hace relación a espacios de mercado no atendidos en un sector, o atendidos en forma deficiente por una o varias empresas, situación que

al ser identificada permite a una empresa tomar decisiones sobre una posible entrada a dicho segmento. Restrepo 2008.

NIVEL II DE COMPLEJIDAD: Clasificación realizada por el Ministerio de la Protección Social para las instituciones prestadoras de servicios de salud, definiendo la responsabilidad del personal de salud en el Médico General y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados. Este nivel se enfoca en la promoción, prevención y diagnóstico de la salud, las cuales brindarán acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias. Resolución 5261 de 1994.

NIVEL III DE COMPLEJIDAD: Clasificación realizada por el Ministerio de la Protección Social para las instituciones prestadoras de servicios de salud, definiendo la responsabilidad del personal de salud en el Médico Especialista con la participación del Médico General y/o profesional paramédico. Este nivel se ubica a nivel del ámbito nacional y constituye el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional y se atienden problemas patológicos complejos, que necesitan equipo e instalaciones especiales. Resolución 5261 de 1994.

PATOGENIA: es el conjunto de mecanismos biológicos, físicos o químicos que llevan a la producción de una enfermedad. Ramis 2004.

PERDURABILIDAD: Grado de estabilidad sostenida de una organización, en el tiempo, relacionada con su capacidad de renovación estratégica. Mignon 2009.

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD: Es el conjunto de servicios y de reconocimientos económicos (en el caso del régimen contributivo) que las EPS Contributivas y Subsidiadas deben prestarles a todos los afiliados al SGSSS. Hay un POS para el régimen contributivo (que tiene más beneficios), otro para el subsidiado (con menos beneficios) y dentro de éste uno más pequeño: El de subsidios parciales. Resolución 5261 de 1994.

SECTOR ESTRATEGICO: subsector dentro de la clasificación CIIU, constituido por empresas que rivalizan en forma directa. Restrepo 2008.

UNIDAD DE PAGO POR CAPITACION (UPC): Es la suma que el sistema reconoce a las EPS por cada afiliado que tienen. Se considera que es suficiente para atender la salud de la persona en el año. Ley 100 de 1993.

VENTAJA COMPETITIVA: característica diferencial de una empresa con respecto a competidores, que le confiere la capacidad para alcanzar unos rendimientos superiores a ellos, de manera sostenible en el tiempo. Rivera 2005.