



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

“APLICACIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA”

***Servicio Privado de Atención Médica Integral para Pacientes con
Enfermedad Cardiovascular en la Ciudad de Puebla***

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Presenta:

CRHISTIAN REYNA CIELO JUÁREZ

DIRECTOR:

D.A KARLA ROJAS VALDERRAMA

CO-DIRECTOR:

D.C. IRMA PÉREZ CONTRERAS

REVISOR

D.A. ROSA MARÍA GONZÁLEZ LÓPEZ

NOVIEMBRE, 2019 PUEBLA, PUEBLA.

Índice

	2
Introducción	11
1. Antecedentes	14
1.1 Antecedentes generales	14
1.1.1 Sistema de salud en México	14
1.1.2 Teoría de la gestión estratégica	43
1.2 Antecedentes específicos	84
1.2.1 La empresa	84
2. Justificación	88
3. Planteamiento del Problema	91
4. Objetivos	96
4.1 General	96
4.2 Específicos	96
5. Hipótesis	96
6. Material y métodos	97
6.1 Diseño del estudio	97
6.2 Población base	97
6.3 Población de estudio	97

	3
6.4 Tamaño de muestra	97
6.5 Unidad de análisis	97
6.6 Criterios de selección	97
6.6.1 Criterios de inclusión	97
6.6.2 Criterios de exclusión	98
6.7 Operacionalización de variables	98
6.8 Descripción de la intervención	102
6.8 Estrategia de trabajo	105
6.9 Recolección de información	106
6.10 Métodos para el análisis de datos	106
7. Aspectos éticos	107
8. Resultados	108
8.1 Formulación de la estrategia	108
8.1.1 Declaración de la misión, visión y valores de la empresa	108
8.1.2 Auditoría externa	109
8.1.3. Auditoría interna	112
8.1.4 Objetivos de la empresa	115

	4
8.1.5 Generación, evaluación y selección de estrategias	115
8.2 Implantación de la estrategia	124
8.2.1 Áreas de intervención	124
8.2.2 Descripción de actividades	124
8.3 Evaluación de la estrategia	138
8.3.1 Indicadores clave de desempeño	138
8.3.2 Medición del rendimiento	141
8.3.3 Evaluación comparativa del rendimiento	146
9. Discusión	151
9.1. Análisis de resultados	151
9.1.1. Creación del grupo	151
9.1.2 ECG a domicilio	151
9.1.3 Credencialización	151
9.1.4 Ampliación de instalaciones	152
9.1.5 Creación de página web y redes sociales	152
9.1.6 Contratación de servicio de plataforma electrónica de directorio médico de especialistas	153

	5
9.1.7 Asistencia a ferias de la salud	153
9.1.8 Visitas a médicos generales y de otras especialidades para promocionar el servicio	153
9.1.9 Visitas a clínicas pequeñas dentro de la ciudad de Puebla para promocionar el servicio	154
10. Conclusiones	154
11. Referencias	160

Índice de figuras

Figura 1. Funciones y objetivos de un sistema de salud.	16
Figura 2. Principales causas de muerte en México por sexo.	36
Figura 3. Modelo de elementos de la gestión estratégica.	46
Figura 4 Modelo integral de la gestión estratégica.	49
Figura 5 Relación entre las fuerzas externas y los componentes de una empresa.	54
Figura 6. Adaptación del modelo de las cinco fuerzas de Porter.	57
Figura 7. Esquema analítico para la formulación de estrategias.	62
Figura 8 Ejemplo de matriz EFI.	64
Figura 9 Ejemplo de matriz EFE.	64
Figura 10 Ejemplo de matriz MPC.	66
Figura 11. Ejemplo de matriz FODA.	66
Figura 12. Ejemplo de matriz PEEA.	68
Figura 13. Ejemplo de matriz BCG.	69
Figura 14. Ejemplo de matriz IE.	70
Figura 15. Matriz de la estrategia principal.	71
Figura 16. Ejemplo de matriz MPEC.	74
Figura 17. Ejemplo de la jerarquía de objetivos estratégicos.	76
Figura 18. Relación ente estrategia y estructura.	79
Figura 19. Matriz de evaluación de la estrategia.	81
Figura 20. Clasificación de las empresas de acuerdo con el número de empleados.	85
Figura 21. Organigrama de la empresa.	86
Figura 22. Cuadro comparativo de análisis competitivo.	110
Figura 23. Rango de calificaciones y cuadrantes para MEFI y MEFE.	119

Figura 24. Matriz de factores internos y externos.	120
Figura 25. Polígonos de principales hospitales privados con instalaciones óptimas para el establecimiento de una nueva sucursal de la empresa.	134
Figura 26. Polígono de ubicación de las clínicas visitadas para promocionar el servicio.	138

Índice de gráficas

Gráfica A Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud por entidad federativa.	18
Gráfica B Hogares con gastos catastróficos por motivos de salud por quintil de gasto per cápita y por condiciones de aseguramiento, México 2002.	18
Gráfica C Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en hombres y mujeres por entidad federativa en 2002.	30
Gráfica D Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en hombres y mujeres por entidad federativa en 2004.	31
Gráfica E Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en hombres por entidad federativa en 2010.	32
Gráfica F Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en mujeres por entidad federativa en 2010.	33
Gráfica G Gráficas de indicadores relacionados con la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón.	34
Gráfica H. Tasa de defunciones registradas por enfermedades del corazón por cada 10 000 habitantes 2008-2017.	37
Gráfica I Defunciones por enfermedades del corazón.	38
Gráfica J. Defunciones por enfermedades del corazón según grupos de edad y sexo.	38
Gráfica K. Gráfica A. Cuadro estratégico del Océano Azul.	111
Gráfica L. Alcance de publicaciones en Red Social por meses durante el periodo de intervención.	123
Gráfica M. Porcentaje de pacientes atendidos por sexo en primer periodo.	142

Gráfica N. Promedio de edad de los pacientes por sexo en primer periodo.	143
Gráfica O. Porcentaje de pacientes atendidos por sexo en segundo periodo.	145
Gráfica P. Promedio de edad de los pacientes por sexo en segundo periodo.	146
Gráfica Q Comparación de indicadores: promedio de servicios subsecuentes, promedio de procedimientos mensuales, porcentaje de pacientes foráneos y porcentaje de pacientes referidos de internet en primer y segundo periodo.	148
Gráfica R. Comparación de indicadores: total de procedimientos, promedio de servicios semanales, total de médicos referidores y total de otros referidores en primer y segundo periodo.	149
Gráfica S. Comparación de indicadores: total de pacientes, total de servicios en primer y segundo periodo.	150
Gráfica T. Porcentaje de crecimiento de los indicadores segundo en el periodo con respecto al primero.	150

Índice de tablas

Tabla I Enfermedad Isquémica del Corazón. Tasa de mortalidad por cada 100 mil habitantes. Tabla comparativa. Años 2002,2004,2010,2013.	35
Tabla II. Definición y operacionalización de variables.	102
Tabla III. Áreas de implementación de las estrategias de gestión.	103
Tabla IV. Relación entre objetivos, estrategias e indicadores de la empresa.	105
Tabla V. Matriz FODA de la empresa.	114
Tabla VI. Análisis de factores internos.	117
Tabla VII. Tabla VIII. Análisis de factores externos.	118
Tabla VIII Objetivos, estrategias e indicadores clave de desempeño.	141
Tabla IX. . Mediciones basales de los indicadores clave de desempeño.	142
Tabla X. Mediciones de los indicadores clave de desempeño posterior a la intervención.	144
Tabla XI. Cuadro comparativo de los indicadores clave de desempeño.	147

Introducción

En el presente estudio se documentan los resultados obtenidos con la aplicación del modelo de gestión estratégica en un servicio privado de atención médica integral para pacientes con enfermedad cardiovascular en la ciudad de Puebla, México. Debido a políticas de privacidad tanto de la universidad como del servicio en cuestión, se mantendrá confidencialidad en lo que respecta a nombres de individuos y organizaciones involucradas. En adelante la organización en la que se realizó el estudio será denominada “la empresa”. Los clientes (pagadores del servicio) fueron en su mayoría los pacientes y sus familiares, aunque también se trabajó con aseguradoras.

La propuesta de valor de la empresa en cuestión es la prestación del servicio de atención integral mediante un grupo médico multidisciplinario especializado en el área cardiovascular. Tomando esta propuesta de valor como eje central, se aplicó en la empresa el modelo de gestión estratégica en sus tres fases: a) Formulación de la estrategia; b) Implantación de la estrategia c) Evaluación de la estrategia.

En la primera fase se realizó un análisis de la empresa y su entorno mediante la creación de una identidad corporativa y una auditoría externa e interna. Las observaciones realizadas con respecto a la situación particular de la empresa y su actual competencia fueron la base para sugerir estrategias administrativas con el fin de que el servicio generara mayores beneficios a cada una de las partes implicadas.

El director general de la empresa seleccionó aquellas estrategias que consideró factibles y aprobó presupuesto para la implementación de nueve de ellas. Se definieron indicadores claves de desempeño (KPI por sus siglas en inglés) para medir el impacto generado por cada estrategia y se realizó una comparación de los mismos antes y

después de implementadas. La segunda fase del modelo corresponde a la implantación de las estrategias; las cuales tuvieron relación con asuntos gerenciales, de publicidad y marketing principalmente.

La fase final de evaluación de las estrategias refiere a la medición y evaluación del rendimiento con base en los resultados de los indicadores claves de desempeño (KPI). Dado que la empresa es de reciente creación, no contaba con KPIs y por lo tanto tampoco existían mediciones basales de sus indicadores. Debido a ello, en este estudio se observaron dos periodos. El primer periodo comprendió del primero de junio de 2017 al treinta y uno de mayo de 2018, observando éste periodo se tomaron las mediciones basales de los indicadores. El segundo periodo a observar comprendió del primero de junio de 2018 al 31 de mayo de 2019. En éste periodo fue donde se implementaron las estrategias y por lo tanto los valores de los indicadores tuvieron modificaciones.

En los antecedentes generales se encuentra una descripción del sistema de salud mexicano, se mencionan las características de los servicios públicos y los privados. Posteriormente se encuentra el marco contextual de las enfermedades cardiovasculares en los últimos años y se hace un comparativo de los informes oficiales con el fin de dimensionar el problema; en seguida se mencionan las causas y consecuencias de estas enfermedades y para finalizar el apartado, se habla sobre los servicios privados de medicina cardiovascular en la ciudad de Puebla.

En la segunda parte de los antecedentes generales, se encuentra descrita la teoría de la gestión estratégica, los conceptos importantes a considerar y se presenta el modelo integral de gestión estratégica utilizado en este estudio y se explican a detalle sus fases y se mencionan las herramientas de gestión estratégica utilizadas en cada

bloque correspondiente a las tres fases del modelo. El capítulo de antecedentes específicos está dedicado a la descripción general de la empresa; su estructura organizacional, descripción general de puestos, servicios ofrecidos y las características de los clientes.

Posteriormente se encuentra la justificación del estudio, el planteamiento del problema detallado, los objetivos que persigue, la hipótesis, material y métodos -donde se define la población de estudio, los criterios de selección y la metodología utilizada- y los aspectos éticos.

A continuación, el capítulo de resultados describe la intervención que se realizó en la empresa. La implantación de las estrategias, las áreas en las que se aplicaron y las actividades concretas que se realizaron para llevarlas a cabo. Muestra la evaluación de las estrategias, describe los indicadores clave de desempeño que se estudiaron para realizar la medición del rendimiento; y desglosa los resultados obtenidos de los KPI en ambos periodos observados para realizar una evaluación comparativa.

Al finalizar se incluye una discusión acerca de los resultados obtenidos en la empresa gracias a la aplicación del modelo de gestión estratégica y se enuncian las conclusiones del estudio.

1. Antecedentes

1.1 Antecedentes generales

1.1.1 Sistema de salud en México

El derecho a la protección de la salud en México se ha transformado. En un inicio se concebía como una cuestión religiosa y de caridad, es por ello que los primeros hospitales del país fueron fundados y dirigidos por la iglesia católica brindando servicios gratuitos. Posteriormente, en el mandato de Benito Juárez, el Estado mexicano se convirtió en el único encargado de velar por el cuidado y supervisión de la salud de sus habitantes. Para ello se creó el Consejo Superior de Salubridad, cuya misión consistió en vigilar la correcta práctica del ejercicio de la medicina. Posteriormente, el 15 de julio de 1891 se expidió el primer Código sanitario de México, el cuál a través del tiempo se convirtió en la actual Ley General de Salud. Con la Revolución Mexicana de 1910 se originaron las ideas que le otorgaron su carácter y naturaleza social al sistema de salud; surgiendo los primeros servicios privados seguidos de la creación de las grandes instituciones de salud públicas. (Gómez, 2017)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS):

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. (OMS, 2005)

De lo citado anteriormente, se concluye que los objetivos básicos de los sistemas de salud son tres:

- a) mejorar la salud de la población

- b) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud
- c) garantizar seguridad financiera en materia de salud

La OMS en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, también menciona que el principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno federal; sin embargo, resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias, incluyendo las privadas. (OMS, 2000)

Como se menciona en el informe Salud México:2002, “el tercer objetivo de un sistema de salud: garantizar la seguridad financiera de los usuarios” implica la existencia de esquemas justos de financiamiento de los servicios de salud; es decir, esquemas en donde la proporción del gasto en salud de los hogares respecto de su capacidad de pago sea igual para todos y que protejan a la población contra gastos catastróficos (aquellos gastos que los hogares se ven obligados a hacer para atender sus necesidades de salud y que impactan de manera negativa la satisfacción de otras necesidades básicas, como la vivienda, la alimentación o la educación). (SSA, 2002)

La OMS establece que los objetivos de un sistema de salud antes mencionados, se alcanzan mediante el desempeño de cuatro funciones básicas: la prestación de servicios, el financiamiento de dichos servicios, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud. Estas funciones y objetivos y la manera en que se relacionan se encuentran esquematizadas en la figura 1.

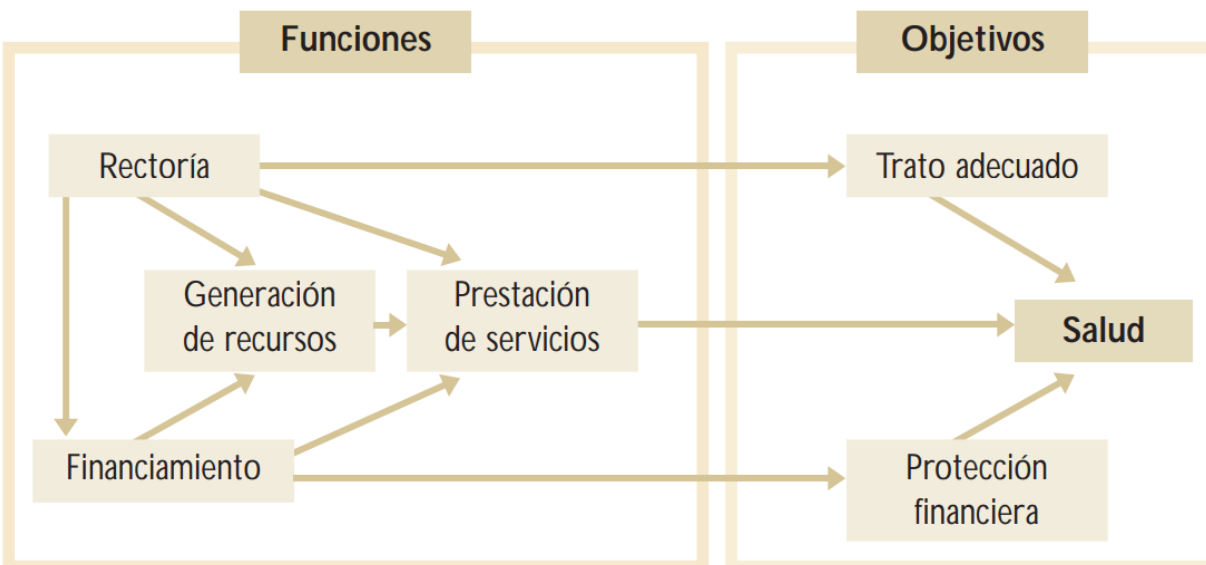


Figura 1. Funciones y objetivos de un sistema de salud. Fuente: Salud México: 2002. Informe para la rendición de cuentas. P.147

México, cuenta con un sistema de salud segmentado de integración vertical, donde las funciones del sistema no se comparten entre los diferentes segmentos: público, privado, seguridad social e instituciones gubernamentales. (Gómez et. al. 2011)

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el perfil que realizó en 2002 del Sistema de Salud de México; hasta ese año existían tres grandes segmentos: las instituciones de seguridad social, compuesto por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que es el mayor, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y de la Secretaría de Marina, que cubren entre 50 y 55% de la población; los servicios de salud a población no asegurada, proporcionados básicamente por la Secretaría de Salud (SSA) y el Programa IMSS - Solidaridad; y el tercer segmento integrado por los servicios privados, bastante

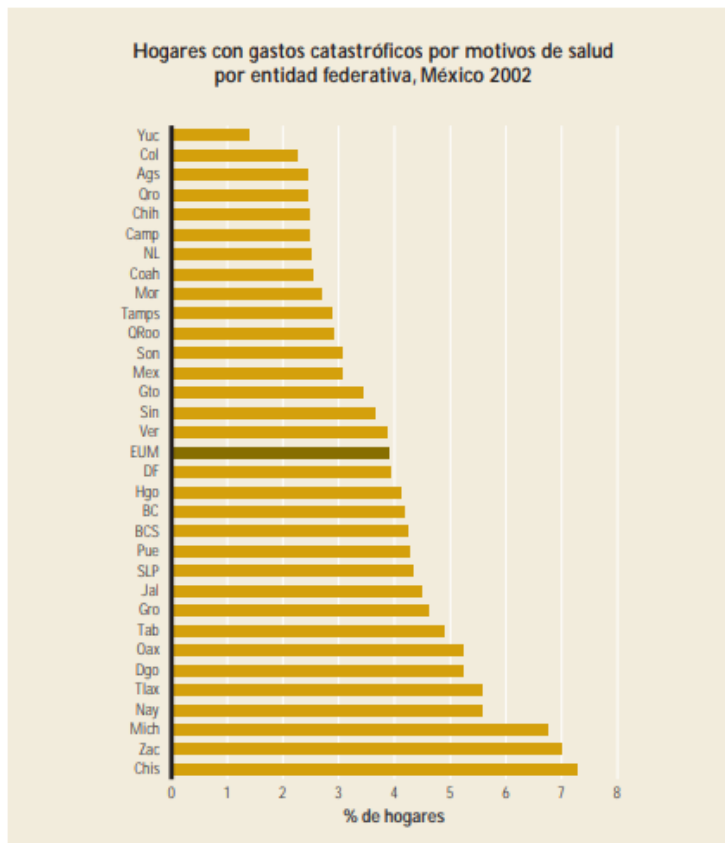
fragmentado y donde los seguros de esta naturaleza afilian poco menos del 2% de la población. (OPS, 2002)

Como menciona la OMS, algunos países tienen grandes sectores de la población que carecen de acceso al sistema de salud debido a que los mecanismos de protección social son injustos mientras otros aunado a ello, luchan contra el aumento de los costos debido a una administración incorrecta que propicia la utilización ineficiente de los recursos. (OMS, 2000)

Hasta antes de la incursión del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano, más del cincuenta por ciento de la población no contaba con algún tipo de servicio de salud fuera de lo privado, lo cual implicaba un elevado gasto de bolsillo y en enfermedades que necesitaban de servicios médicos de alta especialidad, incurrían en un gasto catastrófico, dejando a las familias en la pobreza. (Nigenda et. al. 2013)

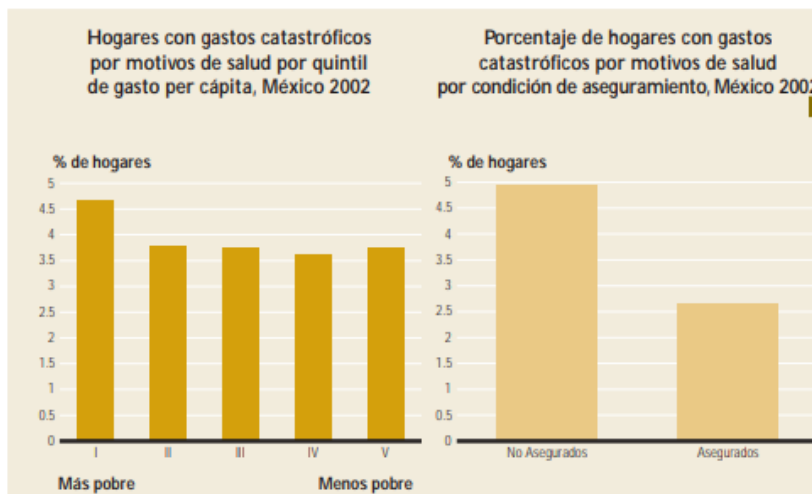
De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000, en la información referente a la pertenencia a una institución de seguridad social, declararon estar afiliadas a alguna institución de seguridad social 40 de cada 100 personas, encontrando las cifras más bajas en los estados de Chiapas y Guerrero (17.6% y 20.3%, respectivamente) y las más altas en Coahuila (69.7%) y Nuevo León (65.9%). (INEGI, 2000)

En la gráfica A se observa el porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud por entidad federativa que se presentó en el “Informe de Salud México: 2002”. Puebla se encuentra por encima del promedio nacional, teniendo poco más del cuatro por ciento.



Gráfica A Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud por entidad federativa. Fuente: Salud México 2002. Informe para la rendición de cuentas. P. 177

Como se muestra en la gráfica B, los hogares mayormente afectados por gastos catastróficos en salud son aquellos que pertenecen al quintil más bajo de gasto per cápita y los hogares que no están asegurados.



Gráfica B Hogares con gastos catastróficos por motivos de salud por quintil de gasto per cápita y por condiciones de aseguramiento, México 2002. Fuente: Salud México 2002. Informe para la rendición de cuentas. P. 177

En lo que respecta a las instituciones públicas, el IMSS es la institución de salud con el mayor gasto, siendo del 1.46% del Producto Interno Bruto (PIB) en el 2000. Cada institución pública conforma su propia red de servicios y el IMSS es quien otorga el mayor número de prestaciones, seguida por la SSA y el ISSSTE. (OPS, 2002)

De acuerdo con la OPS, en el año 2002 se inició la oferta de seguros integrales de salud por el sector privado. Antes existían los denominados seguros de gastos médicos mayores, cuyas repercusiones en la cantidad de asegurados no son claras aún, pero se esperaba que hicieran más corporativa la práctica médica privada. (OPS, 2002)

Como se mencionó anteriormente, el sistema de servicios de salud en México está segmentado en tres grandes grupos, de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas, y al interior de estos el acceso a la atención se encuentra fragmentado en varias instituciones (OPS, 2002). Los trabajadores de la economía formal deben afiliarse por ley a alguna institución de seguridad social: IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, Marina y diversos seguros para trabajadores estatales. (OPS, 2002)

El sistema nacional de salud en México actualmente se compone de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local; de personas físicas y morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud y los mecanismos de coordinación de acciones entre dichos organismos. Sin embargo, seguimos teniendo dificultades en la atención efectiva de los pacientes. (Nigenda et. al. 2013)

Uno de los organismos que ha hecho aportaciones importantes al sistema nacional de salud mexicano es la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud), que en

2013 lanzó una propuesta para lograr la universalidad de los servicios de salud, mejorando la eficiencia, la calidad y la equidad del sistema. (Hernández, 2013)

Como lo menciona Hernández:

La propuesta de Funsalud se sustenta en la separación de funciones del sistema de salud y plantea fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud, así como contar con un fondo único, basado en impuestos, para financiar su operación. Aborda, además, la función de articulación entre el financiamiento y la prestación de servicios, esta última otorgada a través de redes de atención escalonadas que incluyen a las instituciones públicas y privadas. Igualmente hace efectivo el derecho de elección del ciudadano para elegir al mejor prestador de servicios. (Hernández, 2013)

José Santos Asséo, presidente del consejo directivo de Funsalud asegura que: “la propuesta de Funsalud es operativamente viable, tecnológicamente factible y socialmente responsable” (Santos, 2013). La propuesta implica sustituir la actual integración vertical con segregación de grupos sociales, por una organización horizontal con separación de funciones. Del mismo modo, es necesario llevar a cabo reformas de tipo jurídico y fiscal, fortalecimiento del sistema nacional de salud, reorganización de las instituciones de salud y formulación de los instrumentos normativos, técnicos y financieros que hagan operativo el esquema propuesto. (Juan et. al, 2013)

1.1.1.1 Características de los Servicios Públicos de Salud.

En el segmento público de los servicios de salud, se cuenta con instituciones que cumplen las cuatro funciones de un sistema de salud. La regulación sanitaria de productos, bienes y servicios se ejerce en un marco compartido de responsabilidades entre la federación y las secretarías estatales de salud (SSA, 2001). Existen dos importantes instancias de regulación y coordinación sectorial: el Consejo de Salubridad

General, órgano dependiente de la Presidencia de la República encargado de la coordinación intersectorial en salud; y el Consejo Nacional de Salud, órgano de carácter federal para la coordinación territorial de las políticas de salud, integrado por el secretario de salud y los 32 secretarios estatales del ramo. (SSA, 2001)

La supervisión y control del gasto público lo hace la Oficialía Mayor de cada institución, bajo directrices y en estrecha coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, quien transfiere los recursos financieros, y la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo que supervisa el gasto. (SSA, 2001)

En lo que respecta al sector público, existen diferentes subsistemas que cumplen sus funciones de manera independiente, donde cada prestador público realiza la conducción, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud a su población objetivo, contando para ello con su propia red de unidades de atención. (SSA, 2001)

La SSA es la institución rectora del sistema que elabora las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), donde se establecen los procedimientos y contenidos específicos de la regulación sanitaria nacional. El ordenamiento jurídico se basa en dos leyes generales, actualizadas periódicamente a iniciativa del gobierno: Ley General de Salud y Ley General del Seguro Social, cuyas operacionalizaciones se realizan a través de las NOM, reglamentos, reglas de operación y acuerdos de las instituciones públicas, publicados en el Diario Oficial. Para propiciar una interacción entre los diferentes subsistemas, cuando la federación elabora y revisa las NOM, convoca a los grupos interinstitucionales y concentra las estadísticas nacionales de salud. (SSA, 2001)

En cuanto a los sistemas de información, no existe un verdadero sistema nacional de información, sino un conjunto -cada institución pública y privada tiene el propio- de subsistemas estructural y funcionalmente desconectados entre sí, que genera información sobre población y cobertura, recursos, servicios prestados y daños a la salud en cada segmento (SSA, 2001). Esta situación genera uno de los mayores retos para el sistema de salud mexicano puesto que no permite una interoperabilidad entre los subsistemas.

En lo que respecta a recursos materiales, la SSA tenía definido en el año 2000 un Cuadro Básico Esencial para el primer nivel de atención con 70 medicamentos y doce vacunas, que en la práctica fue ampliado por el Seguro Popular de Salud. Existe un Catálogo de medicamentos para el segundo y tercer nivel de atención, un Catálogo de Material de Curación y Prótesis del sector salud y un Catálogo de Biológicos y Reactivos normados por el Consejo de Salubridad General (OPS, 2002). Todo aquello que no se encuentre incluido en éstos catálogos, no puede ser adquirido. Las instituciones convocan a licitaciones públicas para adquirir los medicamentos y la SSA autoriza a los estados a realizar sus compras, si lo estiman más conveniente. Los medicamentos se entregan gratuitos en la seguridad social y en la SSA si lo cubre el seguro popular se pueden entregar de manera gratuita o se cobra una cuota, generalmente módica, aunque varios estudios señalan desabastos frecuentes en las unidades y en caso de no haber o de no estar incluido en el catálogo del seguro popular, el paciente debe conseguirlo por su cuenta y cubrir el gasto. (OPS, 2002)

Con respecto a la tecnología, el sector público ha crecido en equipos y tecnologías durante los últimos años, a juzgar por las compras que informan, pero los informes de

las instituciones refieren que persisten rezagos tecnológicos, particularmente en los hospitales. Sin embargo, no se cuenta con información concentrada sobre la ubicación de equipos médicos defectuosos o fuera de uso (OPS, 2002). Esta situación genera una subutilización de recursos materiales y una pérdida de recursos económicos.

En lo que respecta al nivel operativo de los servicios, el gasto público tiene una alta concentración en la atención curativa, por ejemplo, los hospitales de segundo y tercer nivel del IMSS consumen cerca del 75% del presupuesto de la institución y en el ISSSTE esta cifra es del 69% (SSA, 2001). Esta situación indica una necesidad de concentrar esfuerzos en el área preventiva y de diagnóstico oportuno, sobre todo en aquellas enfermedades cuyo tratamiento precisa de un elevado gasto. A pesar del enfoque curativo, en el nivel operativo la calidad de la atención es un área en desarrollo que a partir del año 2001 recibió un impulso con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (OPS, 2002). Sin embargo, el *“Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016”* menciona que las condiciones actuales del Sistema de Salud en México no son aptas para dar un servicio efectivo y de calidad.

La disposición de recursos debe ser suficiente y oportuna para poder prestar servicios de salud de calidad y seguros. Los indicadores (...) muestran que existen diferencias importantes entre el Seguro Popular y las instituciones de seguridad social. (...) La falta de calidad y oportunidad en el sector público se ven reflejados en la utilización de servicios médicos particulares por la población, a pesar de estar afiliada a alguna de las instituciones públicas de salud. (...) En los últimos años el SNS ha enfrentado transformaciones importantes, no solo por las necesidades de salud de los mexicanos, sino también por la creación del Seguro Popular y el significativo aumento de los recursos financieros públicos, a partir de la entrada en vigor del SPSS. Sin embargo, el SNS no ha logrado todavía ofrecer una atención oportuna y de calidad con estos recursos humanos, físicos y financieros para atender mejor las necesidades de salud de la población. (SSA, 2016)

Con lo anterior, la propia SSA reconoce que a pesar de que el sector público cuenta con hospitales de alta especialidad y brinda atención médica de tercer nivel, la saturación de los servicios y los procesos previos necesarios para brindar la atención médica aunado a la limitación de recursos, evitan que el paciente reciba atención de manera oportuna para garantizar los mejores resultados.

Con el fin de mejorar los servicios de salud, algunas de las líneas de desarrollo anunciadas por la SSA apuntaban a modificar la gestión de los mismos (OPS, 2002).

Algunos ejemplos de iniciativas se enuncian a continuación:

- El Programa de Hospital Universal planteó adoptar un esquema de autofinanciamiento y autogestión administrativa, instalación de una Junta de Gobierno o Consejo de Administración, la selección del médico por el paciente, la subrogación de servicios mediante contratos y convenios, y en general, impulsar la compra y venta de prestaciones, buscando con ello mejorar la eficiencia interna y del sistema de salud en conjunto. (OPS, 2002)
- El Programa e-salud Telemedicina, también anunciado en el año 2002, se propuso usar de manera más amplia e intensiva las tecnologías de información y las telecomunicaciones para mejorar la eficiencia y cobertura de los servicios, ofrecer servicios informativos sobre salud en línea e incrementar el intercambio de información y la capacitación a distancia. (Subsecretaría de Innovación y Calidad, SSA, 2002)
- La aplicación de la automatización en la gerencia y los sistemas de información, encaminada a mejorar el control sobre la productividad y los costos, ampliar el

acceso a la información y en general, mejorar la gerencia de los servicios de salud. (Subsecretaría de Innovación y Calidad, SSA, 2002)

Siguiendo la línea de acción que marcó la SSA, en las instituciones de seguridad social, desde el 2000 se realizaron esfuerzos de desconcentración de la gestión administrativa y técnica hacia las regiones, delegaciones estatales y zonas médicas, sumado a la adopción de esquemas más flexibles de subrogación de servicios y de criterios empresariales para el funcionamiento de las zonas médicas y hospitales de tercer nivel. (OPS, 2002)

Finalmente, a pesar de que las reformas han generado avances, se requieren recursos públicos adicionales para seguir reemplazando el gasto de bolsillo. Estos recursos son necesarios debido a la costosa demanda asociada con la transición epidemiológica, particularmente de intervenciones hospitalarias de alta complejidad. En este sentido, la población más vulnerable es la afiliada al seguro popular, ya que cubre un número reducido de intervenciones de alto costo (Revista Salud Pública de México, 2011). De manera puntual, el mayor reto del actual sistema mexicano de salud es crear estrategias para fortalecer su integración, de forma que se establezca un paquete común de beneficios a todos los ciudadanos, se reduzcan los elevados costos de transacción inherentes a un sistema segmentado y se logre finalmente el ejercicio universal e igualitario del derecho a la protección de la salud. (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2016)

1.1.1.2 Características de los servicios privados de salud.

El sector privado de los servicios de salud se compone de un conjunto de individuos, organismos e instituciones que desarrollan actividades en el campo de la

salud con bienes de propiedad particular. Antes de la creación de las instituciones públicas, los servicios de salud en México eran proporcionados por profesionales que se dedicaban a la práctica privada. (Zurita y Ramírez, 2013)

De acuerdo con Zurita y Ramírez, a partir de los años setenta, la medicina privada aumentó su capacidad para prestar servicios, a través de un incremento y mejora en infraestructura y financiamiento; sin embargo, este crecimiento se encuentra directamente asociado con el gasto del bolsillo del usuario. (Zurita y Ramírez, 2013)

Desde el 2001, el gobierno mexicano puso especial énfasis en el objetivo de brindar un servicio de salud integral; lanzando en el 2002 el programa del Seguro Popular (OPS, 2002). Así mismo, como lo menciona el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, México ha comenzado un proceso de regulación y marco normativo que está llevando a los servicios de salud al modelo de la universalización; razón por la cual la portabilidad del servicio como paciente y la interoperabilidad de las instituciones prestadoras de servicio serán un factor clave en la selección del proveedor de cualquier servicio médico. (PND, 2013-2018)

El sector privado funciona en un contexto poco supervisado, con un carácter de certificación voluntaria iniciado en 1990, brinda una atención de calidad desigual, con precios altamente variables y en algunas ocasiones excesivos. Es un subsistema que está bastante fragmentado. (Revista Salud Pública de México, 2011)

En lo que respecta a su infraestructura, en 1999, se contabilizaron 2,950 unidades médicas privadas con servicios de hospitalización, que sumaban 31,241 camas, de las cuales 48% estaban en establecimientos con menos de 15 camas. Un hecho alarmante es que a pesar del gran número de unidades, a fines de 2009, sólo había en el país 256

establecimientos de atención a la salud con certificado vigente. (Revista Salud Pública de México, 2011)

México actualmente cuenta con 11.4 hospitales públicos y 28.6 hospitales privados con fines de lucro, por cada millón de habitantes, el mayor índice de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Esta cifra de cierto modo es alarmante debido a que los intereses económicos de los prestadores de servicios de salud privados suelen intervenir, buscando el lucro por encima de la correcta atención; lo que genera consecuencias negativas para la salud de los pacientes. (Gómez, 2017)

De acuerdo con Zurita y Ramírez, para fortalecer la regulación del mercado privado se tienen que considerar varios factores: 1) las imperfecciones del mercado; 2) las imperfecciones del Estado; 3) los intereses de los agentes (las aseguradoras, los hospitales y los médicos, entre otros) (Zurita y Ramírez, 2013)

En los últimos años, las acciones del gobierno enfocadas en la regulación del prepago privado y fomentar los seguros privados mediante la deducibilidad de impuesto, han dejado espacio para el nacimiento de nuevas entidades prestadoras de servicios médicos privados (OPS, 2002). Las cuales deben tomar en cuenta la atención centrada en el usuario, brindándole una experiencia grata que contemple las tres dimensiones de la calidad en los servicios de salud mencionadas por Donabedian: técnica, interpersonal y de confort. (Donabedian, 1980)

Por otro lado, la práctica de la medicina privada ha intentado mejorar los indicadores de salud poniendo la ciencia y la tecnología al servicio de una gran variedad de especialidades médico-quirúrgicas. (Ramos, 2007) Se estima que han aumentado los

equipos de diagnóstico y tratamiento con tecnología de punta en el sector privado. (OPS, 2002)

En el sector privado los cambios posibles se derivan de la oferta de seguros integrales de salud iniciada en 2002. No se ha establecido la repercusión que esto tenga en el número de asegurados, pero debe hacer más corporativa la práctica médica privada a través de las redes de servicios que establezcan las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). (OPS, 2002)

Con los datos citados anteriormente podemos deducir que de lo que México invierte en salud, prácticamente la mitad es gasto que sale del bolsillo familiar y que es destinado a pagar servicios a empresas privadas de atención en salud. Lo que no se sabe a ciencia cierta es qué resultados obtienen los usuarios atendidos. Si bien existen cifras sobre derechohabencia en los sistemas públicos, existe duplicidad de estos usuarios en el sector privado, sin embargo, no existen datos integrados de atención en este sector.

En concordancia con lo anterior, la *“Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud en México”* (Funsalud, 2000) concluye que la población mexicana usa los servicios privados a pesar de su pertenencia a la seguridad social. Así mismo, indica que las razones por las cuales la población recurre a la medicina privada corresponden a la deficiencia de los servicios de salud públicos; ya que los usuarios no están satisfechos con la atención que reciben, consideran que el trato personal es inadecuado, están en desacuerdo con el diagnóstico y tratamiento, ven problemas en la disponibilidad y efectividad de los medicamentos y no perciben mejoría en su estado de salud. Debido a

ello, buscan la opinión de médicos privados, que usualmente son los mismos que, en otro horario, laboran en el sector público. (Zurita y Ramírez, 2013)

1.1.1.3 Enfermedades cardiovasculares en la población mexicana.

La isquemia cardiaca supone una disminución del aporte de oxígeno al corazón, por lo general debida a la obstrucción de las arterias coronarias, principalmente como consecuencia de la formación de placas en las paredes de esos vasos sanguíneos. La isquemia grave y prolongada provoca infartos al miocardio y muerte. Sin embargo, la sintomatología de estas enfermedades es silenciosa y sólo se manifiesta bajo condiciones de esfuerzo o estrés intenso. Otros factores que incrementan la probabilidad de desarrollar isquemia del corazón son la hipertensión y los altos niveles de colesterol y triglicéridos en sangre, además del tabaquismo. (SSA, 2002)

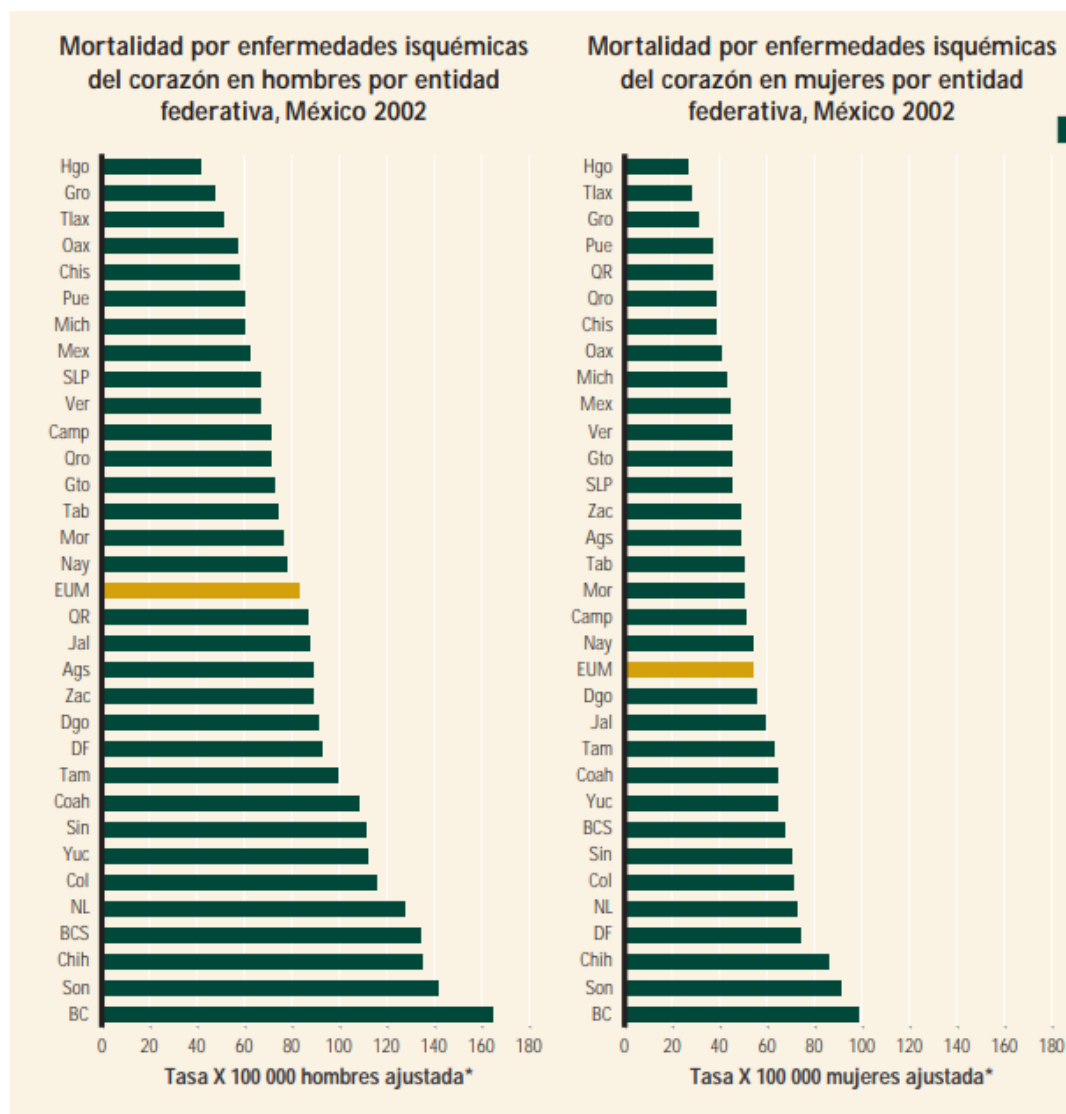
En lo que respecta a la población mexicana, de acuerdo con la OPS, en su informe sobre México, en el año 2000; las causas de muerte más frecuentes fueron las enfermedades del corazón, con cerca de 69 mil defunciones (15.7%), seguidas por los tumores malignos, con alrededor de 55 mil defunciones (12.6%), y la diabetes mellitus, con casi 47 mil (10.7%). (OPS, 2002)

Así mismo, el *“Informe para la rendición de cuentas Salud México: 2002”*, indica que dentro del grupo de enfermedades cardiovasculares, el infarto agudo de miocardio es el que contribuye con la mayor proporción de muertes, afectando principalmente a los adultos mayores de 65 años. (SSA, 2002)

A continuación se discuten las cifras y gráficas presentadas por diferentes fuentes oficiales. Los indicadores se manejan en tasas de mortalidad y las gráficas incluyen en

sus variables el sexo, la edad, los diferentes estados de la República Mexicana y los años que corresponden a la medición.

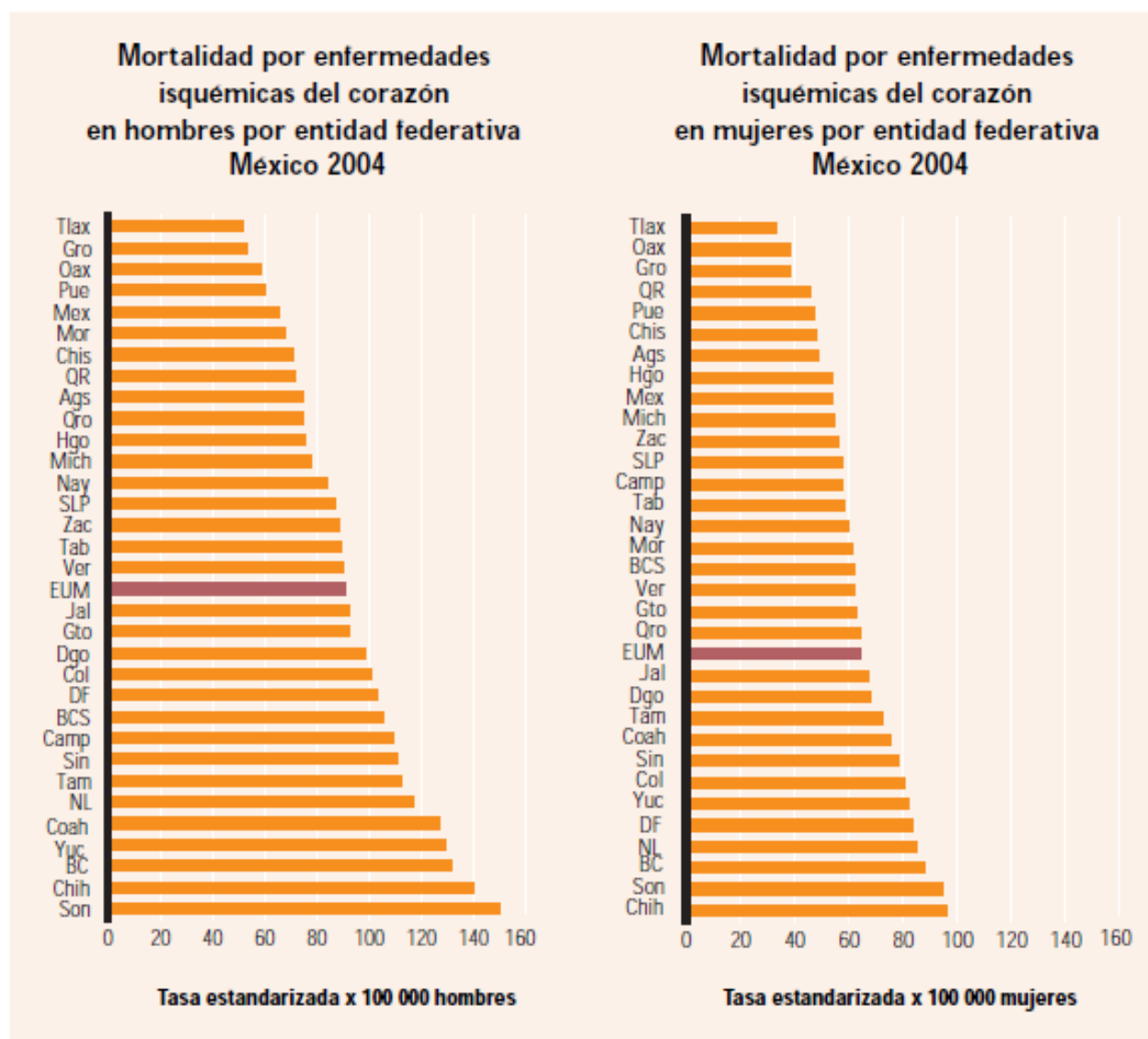
La tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón se define como el número de muertes por esta causa por 100,000 habitantes. Esta cifra se obtiene de dividir el número de muertes por cardiopatía isquémica en un año entre la población total en ese mismo periodo (SSA, 2002). En la gráfica C se presenta el indicador de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en hombres y mujeres por entidad federativa en 2002.



Gráfica C
Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en hombres y mujeres por entidad federativa en 2002. Fuente: Salud México: 2002. Informe para la rendición de cuentas.

En la gráfica C, el promedio de la tasa en hombres supera por poco las ochenta muertes por cada cien mil habitantes, mientras que en mujeres la tasa se encuentra cerca de sesenta muertes por cada cien mil habitantes. En ambos casos, Puebla se encuentra debajo del promedio nacional.

En seguida, la gráfica D corresponde a la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en hombres y mujeres por entidad federativa en México en el año 2004.

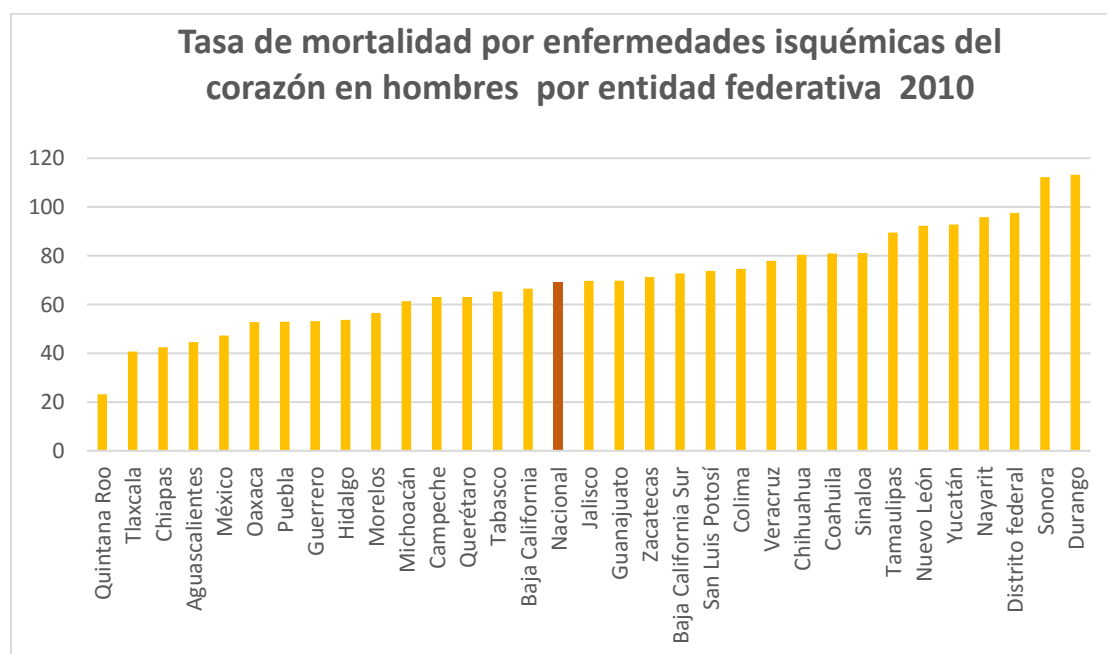


Gráfica D Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en hombres y mujeres por entidad federativa en 2004. Fuente: Salud, México 2004. Información para la rendición de cuentas.

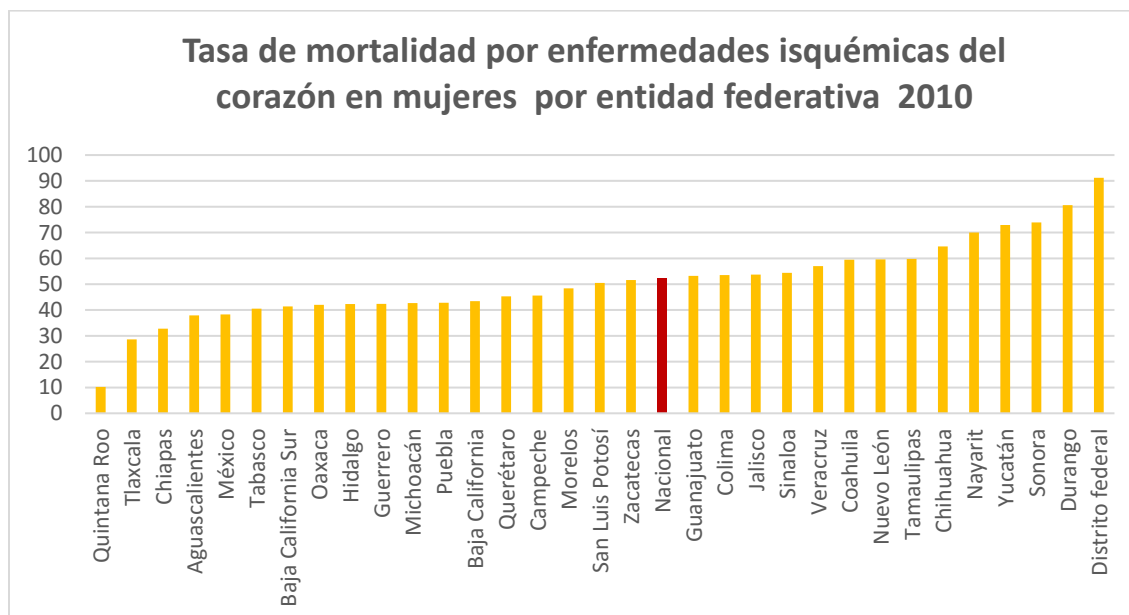
En este año los hombres presentan una tasa promedio de 92 muertes por cada cien mil habitantes, mientras que las mujeres tienen una tasa promedio de 65 por cada cien mil habitantes, en ambos casos la tasa aumentó considerablemente con respecto a la presentada en el año 2002.

Puebla se encuentra nuevamente por debajo del promedio nacional en ambos casos, en el lugar 29 en hombres, con una tasa de 60 muertes por cada cien mil habitantes y en lugar 28 en mujeres con una tasa de 50 muertes por cada cien mil habitantes. Es decir, la tasa en varones es 20% mayor que en mujeres.

El siguiente informe oficial que se realizó fue “*Rendición de cuentas en Salud 2010*”, donde se menciona que las enfermedades isquémicas del corazón en 2010 fueron la segunda causa de muerte en México, produciendo 60.5 decesos por cada cien mil habitantes. En las gráficas E y F que se muestran a continuación se observa el comportamiento de este indicador.



Gráfica E Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en hombres por entidad federativa en 2010. Fuente: Elaboración propia con información del documento: Rendición de cuentas en Salud 2010.

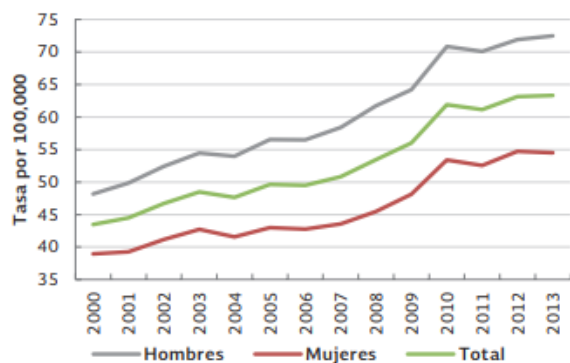


Gráfica F Mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en mujeres por entidad federativa en 2010. Fuente: Elaboración propia con información del documento: Rendición de cuentas en Salud 2010.

En este informe, como se observa en las gráficas E y F, el indicador bajó con respecto al presentado en el año 2004. A nivel nacional, las mujeres registraron una tasa menor a la de los hombres (52.3 muertes por cada cien mil habitantes en mujeres contra 68.9 muertes por cada cien mil habitantes entre los varones), siendo un 31.73% mayor en hombres que en mujeres. (Rendición de cuentas en Salud, 2010)

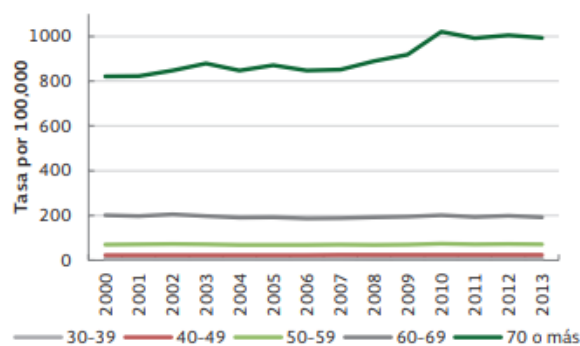
El siguiente informe oficial publicado que incluyó este indicador es el “Informe sobre la salud de los mexicanos 2015”, aunque contempla información hasta el año 2013. El formato en que se presenta la información discrepa de los informes anteriores, por lo tanto, los indicadores no se pueden comparar de manera directa, sin embargo, es notorio el incremento en la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón con respecto al informe del 2010. (Informe sobre la salud de los mexicanos, 2015)

Gráfica 5.46 Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por sexo, 2000-2013



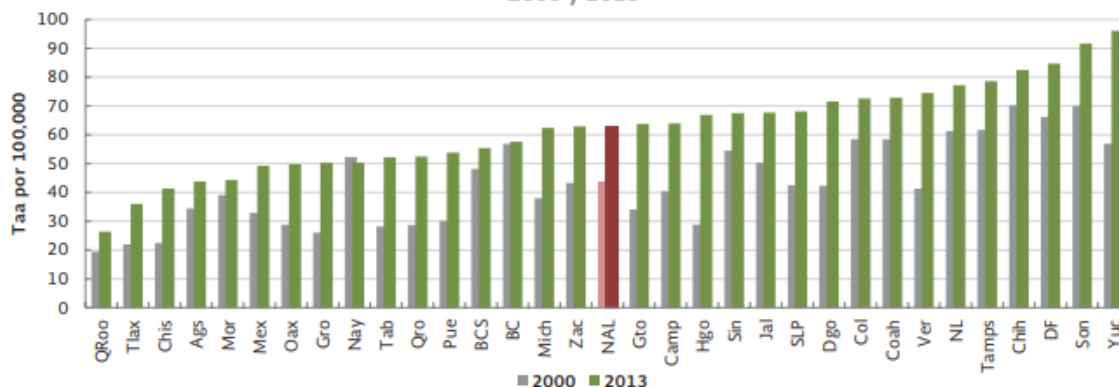
Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.47 Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por grupos de edad seleccionados, 2000-2013



Fuente: INEGI/SS Estadísticas vitales. Defunciones generales 2000-2013. CONAPO Proyecciones de población 1990-2030

Gráfica 5.48 Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón por entidad federativa, 2000 y 2013



Gráfica G Graficas de indicadores relacionados con la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón. Fuente: Informe sobre la salud de los mexicanos 2015

En la gráfica G los hombres presentan una tasa promedio de 73 muertes por cada cien mil habitantes, mientras que las mujeres tienen una tasa promedio de 55 por cada cien mil habitantes. Se observa que en la gráfica 5.48 que separa las tasas por estados, no hacen diferencia entre hombres y mujeres, sin embargo, se observa que 16 estados se encuentran por arriba de la media. (Informe sobre la salud de los mexicanos, 2015)

En este “Informe sobre la salud de los mexicanos”, 2015, se hace un comparativo entre los rangos de edad, y podemos ver claramente que las personas mayores de 60 años son quienes presentan las mayores tasas de mortalidad, así mismo, notamos que

continúa siendo mayor la tasa en hombres que en mujeres y los estados que presentan las más altas tasas son estados que ya en los análisis anteriores han estado presentes (Informe sobre la salud de los mexicanos, 2015). Aun así, la manera en que se presenta la información en este informe, evita una comparación directa entre los datos anteriores tomando como variables sexo y entidad federativa. Pese a este inconveniente de incompatibilidad en los datos, la tabla I presenta un resumen de las tasas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en los años mencionados anteriormente 2002, 2004, 2010 y 2013.

Enfermedad Isquémica del Corazón. Tasa de mortalidad por cada 100 mil habitantes. Tabla comparativa.			
	Promedio Hombres	Promedio Mujeres	Promedio general
2002	82	55	68.5
2004	92	65	78.5
2010	68.9	52.3	60.5
2013	73	55	64

Tabla I Enfermedad Isquémica del Corazón. Tasa de mortalidad por cada 100 mil habitantes. Tabla comparativa. Años 2002, 2004, 2010,2013. Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con los datos oficiales del INEGI en el 2018, observados en la figura 2, la principal causa de muerte en la población mexicana son las enfermedades cardiovasculares. Aunque en algunos grupos de edad tiene menor prevalencia que en otros, en todos ellos las enfermedades cardiovasculares se encuentran dentro de las primeras diez causas de muerte; lo cual deja que claro que este tipo de padecimientos son un problema de salud pública en México. (Comunicado de prensa núm. 525/18, INEGI, 2018)

Por problemas de salud, de acuerdo con la información de la figura 2, las tres principales causas de muerte tanto para hombres como para mujeres son: enfermedades del corazón (141 619, 20.1%), diabetes mellitus (106 525, 15.2%) y tumores malignos (84 142, 12.0%). (Comunicado de prensa núm. 525/18, INEGI, 2018)

Principales causas de muerte por sexo

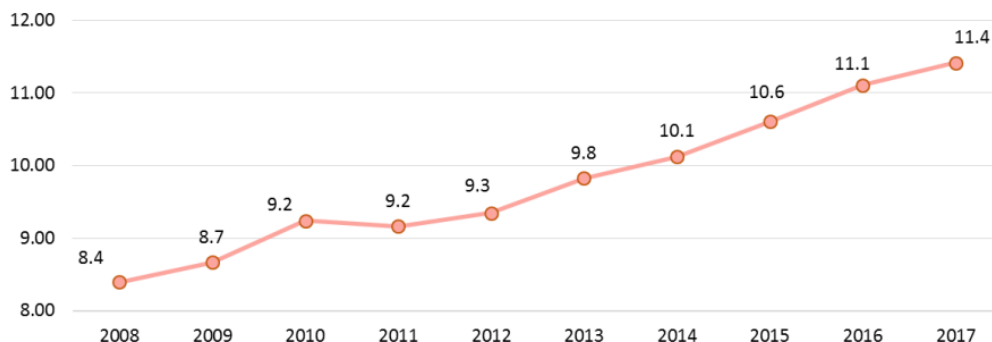
Rango	Total	Hombres	Mujeres
1	Enfermedades del corazón 141 619	Enfermedades del corazón 75 256	Enfermedades del corazón 66 337
2	Diabetes mellitus 106 525	Diabetes mellitus 52 309	Diabetes mellitus 54 216
3	Tumores malignos 84 142	Tumores malignos 41 088	Tumores malignos 43 053
4	Enfermedades del hígado 38 833	Agresiones (homicidios) 28 522	Enfermedades cerebrovasculares 17 881
5	Accidentes 36 215	Enfermedades del hígado 28 400	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 11 140
6	Enfermedades cerebrovasculares 35 248	Accidentes 27 362	Enfermedades del hígado 10 418
7	Agresiones (homicidios) 32 079	Enfermedades cerebrovasculares 17 366	Influenza y neumonía 9 828
8	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 22 954	Influenza y neumonía 12 063	Accidentes 8 823
9	Influenza y neumonía 21 892	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 11 814	Insuficiencia renal 5 757
10	Insuficiencia renal 13 167	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 7 452	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal 5 567

■ Enfermedades del corazón	■ Diabetes Mellitus	■ Tumor maligno	■ Otras enfermedades no transmisibles	■ Accidentes	■ Agresiones (homicidios)	■ Enfermedades transmisibles
---	--	--	--	---	--	---

Figura 2. Principales causas de muerte en México por sexo. Fuente: INEGI. Comunicado de prensa núm. 525/18. 31 de octubre de 2018

La gráfica H muestra la tasa de defunciones registradas por enfermedades del corazón por cada 10 000 habitantes desde el año 2008 hasta el 2017. (Comunicado de prensa núm. 525/18, INEGI, 2018)

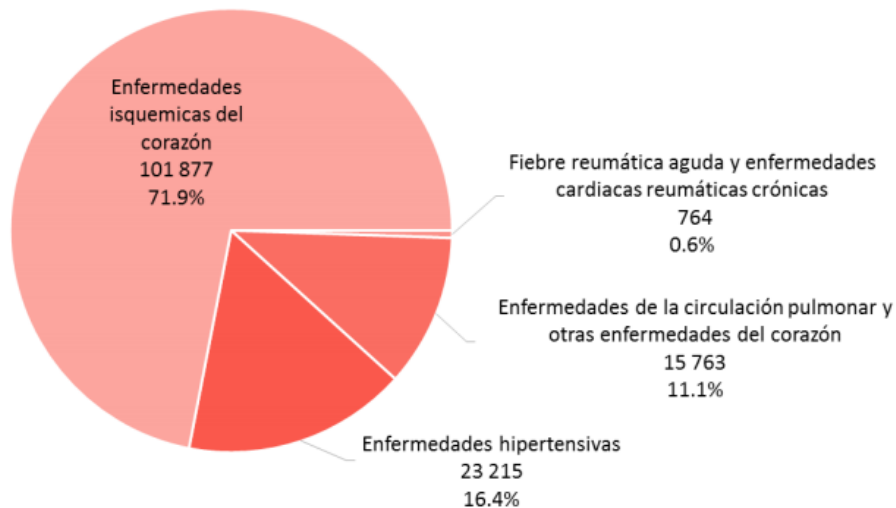
**Tasa de defunciones registradas por enfermedades del corazón por cada 10 000 habitantes
2008 – 2017**



Gráfica H. Tasa de defunciones registradas por enfermedades del corazón por cada 10 000 habitantes 2008-2017. Fuente: INEGI. Comunicado de prensa núm. 525/18. 31 de octubre de 2018.

En el comunicado de prensa 525 del INEGI se especifica que las muertes ocasionadas por enfermedades del corazón incluyen: las isquémicas, las hipertensivas, las relacionadas con la circulación pulmonar y enfermedades cardíacas reumáticas crónica. La gráfica I muestra la proporción correspondiente de muertes a cada padecimiento cardíaco que se menciona anteriormente. (Comunicado de prensa núm. 525/18, INEGI, 2018)

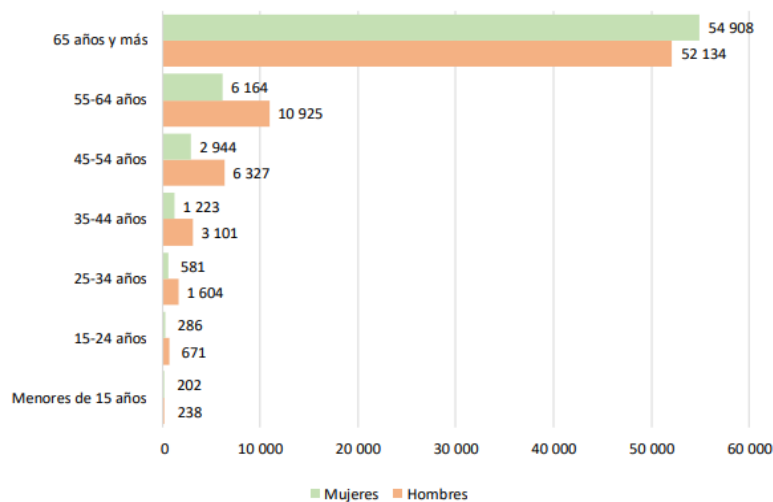
Defunciones por enfermedades del corazón



Gráfica I. Defunciones por enfermedades del corazón. Fuente: INEGI. Comunicado de prensa núm. 525/18. 31 de octubre de 2018

EN la gráfica J se observa que el grupo de edad en el que se concentra el mayor número de fallecimientos es en el de 65 y más años (75.6%). (Comunicado de prensa núm. 525/18, INEGI, 2018)

Defunciones por enfermedades del corazón según grupos de edad y sexo



Gráfica J. Defunciones por enfermedades del corazón según grupos de edad y sexo. Fuente: INEGI. Comunicado de prensa núm. 525/18. 31 de octubre de 2018.

1.1.1.4 Causas y consecuencias de muerte relacionada a enfermedades cardiovasculares en México.

El desarrollo y la urbanización de México han provocado una transición de riesgos ya que se han modificado la forma y el ritmo de vida. Esto genera riesgos de exposición al sedentarismo, estrés, consumo de tabaco y de drogas, violencia, así como al consumo de alimentos de alta densidad energética, el sobrepeso y la obesidad, el colesterol elevado y la hipertensión arterial. La suma de dichos factores ha dado como resultado problemas como la obesidad y otras enfermedades crónico degenerativas a edades cada vez más tempranas. Estos factores de riesgo elevan la probabilidad de las personas de padecer enfermedades isquémicas del corazón. (Soto et. al, 2016) (Salud México, 2002)

En lo que se refiere a la ingesta de alcohol y tabaco como factores de riesgo, es importante mencionar que la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) en su informe de 2011 señala que, con respecto al alcohol, el abuso/dependencia incrementó del 4.1% en el 2002 a 5.5% para el 2008. En relación al tabaco, en 2002, el 23.5% de la población refirió ser fumador mientras que en 2008 fue el 18.5% (Comisión Nacional Contra las Adicciones, CONADIC, 2011)

En México, en la población adulta (20-69 años) hay más de 17 millones de hipertensos, más de 14 millones de dislipidémicos, más de 6 millones de diabéticos, más de 35 millones de adultos con sobrepeso u obesidad y más de 15 millones con grados variables de tabaquismo (Rosas y Attie, 2007). De las cifras anteriores se infiere que el aumento en el consumo del tabaco y el alcohol es un factor importante a considerar dado el incremento en la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

La pirámide poblacional de México determina que la mayoría de adultos (75%) tienen menos de 55 años y a pesar de que la prevalencia en porcentaje (%) de los factores de riesgo cardiovascular es mayor después de los 40 años, en datos absolutos el número de millones portadores de estos factores de riesgo, se ubica en la población económicamente activa, con sus consecuencias devastadoras, tanto sociales, económicas y de calidad de vida. Así, las afecciones cardiovasculares caen dentro del rubro de gastos catastróficos. (Rosas y Attie, 2007)

Por otro lado, resulta importante resaltar el hecho de que, en México, la esperanza de vida pasó de 36.9 en 1930, a 75.2 para 2016, es un cambio demográfico relevante ya que las personas, al vivir más, tienen mayor probabilidad de sufrir enfermedades crónico degenerativas y de morir por estas causas. Este hecho implica que cada vez habrá mayor número de personas de la tercera edad demandando atención y cuidados sanitarios. (Soto, et. al, 2016)

Aunado a lo anterior, en el 2000, la esperanza de vida saludable (EVISA) en hombres era de 61.1 años y en mujeres de 66.9 años. El análisis de los EVISA indica que, las enfermedades no transmisibles y las lesiones tienen un peso importante, siendo las principales causas de daño a la salud la diabetes mellitus (5.8%), los homicidios y las violencias (4.8%) y la cardiopatía isquémica (4.5%) (OPS, 2002). Esta situación ocasiona que la demanda de atención médica especializada aumente y sea por causas cada vez más diversas. Así mismo, las enfermedades crónico-degenerativas se están presentando a edades que se consideran productivas, aumentando la probabilidad de desarrollar complicaciones y el consecuente deterioro en la calidad de vida. (Soto, et. al. 2016)

1.1.1.5 Servicios privados de medicina cardiovascular en Puebla.

En la medicina privada en general y en la medicina cardiovascular en particular, es de suma importancia contar con el conocimiento y profesionalismo necesario para actuar de manera adecuada en relación al peligro potencial de verse envueltos e incluso superados por situaciones de conflicto ético en el tratamiento de los pacientes debido uso de la tecnología sin un adecuado juicio clínico por intereses económicos. (Rosas, 2007)

En lo que se refiere al diagnóstico y tratamiento, los nuevos retos de la salud cardiovascular se deben confrontar en forma global e integral, con equipos interdisciplinarios de alto rendimiento, intercambio de conocimiento, trabajo colaborativo para el bien común y, sobre todo, centrado en el paciente. (Rosas, 2007)

Por otro lado, los pacientes están cada vez más informados y exigen preparación y asertividad del médico tratante y de todo el personal de salud que le atiende. Así que nadie mejor para evaluar la capacidad y actualización del médico que sus propios pares, con mayor razón en el caso de las especialidades médicas. (Gómez, 2017)

En un esfuerzo para garantizar la atención médica adecuada de especialidad, el sistema de salud mexicano ha logrado avances importantes como la regulación del ejercicio especializado de la cirugía. Es por ello que el Comité Normativo Nacional de Consejos de especialidades médicas (CONACEM) cuenta con la facultad de otorgar los certificados vigentes a los médicos para poder ejercer su profesión. (Gómez, 2017) En cuanto a la medicina cardiovascular, el Consejo Mexicano de Cardiología (CMC) es el

encargado de llevar a cabo los procesos de certificación y recertificación de los médicos especialistas en su área.

En específico, la ciudad de Puebla actualmente cuenta con 73 especialistas en cardiología (no todos con certificación vigente), de los cuales, gran parte tiene actuación en la medicina privada de manera total o parcial, siendo en la mayoría de los casos consultorios independientes de médicos que trabajan de manera individual (Colegio Poblano de Cardiología, 2018) Este hecho se está transformando, ya que la tendencia actual en la medicina privada es realizar grupos de médicos en especialidades afines para conformar clínicas que se enfoquen en un grupo definido de padecimientos. (Serrano y Martínez, 2011)

En lo que respecta a los servicios médicos existentes, en los Hospitales privados de la ciudad de Puebla, se encuentran establecidos algunos grupos médicos dedicados a los padecimientos cardiovasculares (Colegio Poblano de Cardiología, 2018). Estos servicios trabajan bajo esquemas de maquila y con pagos por evento cuyo monto depende del especialista titular del paciente (Entrevistas de campo, 2018). Aunado a ello, los grupos existentes son pequeños y no cuentan con un equipo completo de especialistas y sub especialistas para la amplia variedad que abarcan las enfermedades cardiovasculares tanto en adultos como en pacientes pediátricos. (Investigación de campo, 2018). Este panorama representa una oportunidad para un nuevo grupo médico que incluya a todos los especialistas necesarios para brindar en atención médica integral en el área cardiovascular en la ciudad de Puebla.

1.1.2 Teoría de la gestión estratégica

1.1.2.1 ¿Qué es una estrategia?

El término “estrategia” proviene del vocablo griego “strategos” que tiene sus raíces en la guerra el cual significa acaudillar que en otras palabras se describe como la planeación para garantizar la destrucción del enemigo. Sin embargo, en el área administrativa según Chandler A. (1962) la estrategia es el elemento que determina las metas básicas de una empresa, así como, la implementación de planes de acción y la asignación de recursos necesarios para alcanzar estas metas.

1.1.2.2 Características de la estrategia.

Para Gerry, J. (2001) las características que se suelen relacionar con el término “estrategia” se citan a continuación.

- ✓ La estrategia se ocupará de la dirección a largo plazo de una organización.
- ✓ La estrategia se ocupa del alcance de las actividades de la empresa, ya que afecta la forma en que los responsables de la dirección conciben los límites de la organización.
- ✓ Las decisiones estratégicas tratan de lograr ventajas para la organización con respecto a la competencia.
- ✓ La estrategia se puede considerar como la búsqueda de un ajuste en el entorno empresarial y puede requerir importantes cambios en los recursos de la organización en el futuro.
- ✓ La estrategia se puede considerar también como la creación de oportunidades mediante la acumulación de recursos y competencias en una organización. Se ocupa para explotar la capacidad de una empresa en términos, recursos y

competencias para lograr una ventaja competitiva y nuevas oportunidades de mercado.

- ✓ La estrategia se verá afectada por las fuerzas del entorno, así como por los valores y expectativas de aquellos que tienen el poder dentro del entorno y dentro de la organización.

1.1.2.3 Niveles de estrategia.

Es posible que existan estrategias en diversos niveles de la organización, son: estrategias corporativas, estrategias de negocios y estrategia operativas.

Las estrategias corporativas se encargan del alcance general de una empresa y de cómo se puede añadir valor a las diferentes unidades de la organización, dentro de este tipo de estrategias se pueden incluir actividades tales como la cobertura geográfica de la empresa, diversificación de productos, servicios y unidades de negocio y la forma en la que se asignan los recursos y personal en las distintas partes de la organización.

Las estrategias de negocios concentran su atención en cómo de competir con éxito en diversos mercados, de tal manera que este tipo de estrategias afecta a los productos o servicios que se desarrollan dentro de la organización. Mientras que las estrategias de nivel corporativo las decisiones son sobre el conjunto de la organización, las estrategias de negocio se tienen que relacionar con una unidad estrategia de negocio.

La unidad estratégica de negocio es una parte de la organización para la que existe un mercado externo diferenciado de bienes y servicios. Existen algunas empresas que determinan este tipo de unidades en función de cuestiones geográficas y que segmentan

sus negocios en regiones para aplicar estrategias conforme a las necesidades que se presenten en cada una de estas unidades.

Por último, las estrategias operativas se ocupan de como distintas partes que componen a una organización permiten aplicar eficazmente las estrategias de negocios y de la corporación en cuanto a los recursos, procesos y personal.

1.1.2.4 Conceptos de gestión estratégica.

Para David F, la gestión estratégica se define como “el arte y la ciencia de formular, implantar y evaluar las decisiones a través de las funciones que permitan a una empresa lograr sus objetivos”. (David F,2008, p. 5)

Esta definición se centra en la integración de todas las áreas de la empresa, para observarla como un sistema que necesita de otros subsistemas para permanecer en orden.

1.1.2.4.1 Elementos de la gestión estratégica.

A su vez la gestión estratégica se puede analizar desde tres elementos que son fundamentales para su utilización, son: la posición estratégica, las elecciones estratégicas y la estrategia en acción (Gerry J, 2001). La interacción entre estos tres elementos y sus componentes se representa en la figura 3.



Figura 3. Modelo de elementos de la gestión estratégica. Fuente: Gerry, J. (2001) Fundamentos de dirección estratégica.

1.1.2.4.2 La posición estratégica.

La comprensión de la posición estratégica trata de identificar qué efecto tiene la estrategia bajo el entorno externo, la capacidad que tiene la organización para lograrla en cuanto a recursos y competencias y las expectativas que genera la estrategia en las partes interesadas. (Gerry, J., 2001)

El entorno de una empresa es el ambiente en el que una empresa se desarrolla, este medio trata de una compleja combinación de aspectos políticos, económicos, sociales, tecnológicos y medioambientales. El entorno en el que se encuentra una empresa se mantiene siempre en movimiento y es dinámico, esto se puede aprovechar obteniendo oportunidades y por otro lado se constituirán amenazas. Lo que corresponde hacer al poner en marcha el modelo de gestión estratégica es reconocer e identificar con

exactitud la posición en la que una empresa se encuentra para que las oportunidades sean aprovechadas y las amenazas evadidas. (Gerry, J., 2001)

La capacidad estratégica de una empresa está compuesta por recursos y competencias con las que cuenta para llevar a cabo una estrategia. La forma más fácil de analizar estos factores consiste en analizar fortalezas y debilidades; todo esto con el objeto de tener contempladas las limitaciones internas que se tienen dentro de la organización para la elección de una estrategia correcta para el futuro. (Gerry, J., 2001)

Cada que se realiza una estrategia se tienen que observar con detenimiento que expectativas genera la realización del proceso de gestión estratégica, estas expectativas están acompañadas de los objetivos y alcances que debe de tener la puesta en marcha de la estrategia y por otro lado que esperan las partes interesadas de la estrategia. (Gerry, J., 2001)

1.1.2.4.3 Elección estratégica.

La completa comprensión de las bases subyacentes para la estrategia, desde un punto de vista de unidad de negocio y corporativo, así como las diferentes opciones para desarrollar la estrategia en función de la dirección en que se debe mover la estrategia y sus métodos para desarrollarla se denominan *elecciones estratégicas*. (Gerry, J., 2001)

Para analizar las bases de desde un punto de vista de unidad de negocio se necesita identificar principalmente las bases de la ventaja competitiva de la organización, estas surgen del análisis de los mercados, de los consumidores y de la capacidad estrategia de la organización. (Gerry, J., 2001)

Corporativamente la estrategia se puede concebir incluyendo las decisiones sobre el catálogo de los productos y negocios. También se debe ocupar para analizar las relaciones entre las partes independientes de un negocio y de cómo la interacción entre estas partes genera valor a las mismas. (Gerry, J., 2001)

1.1.2.4.4 Estrategia puesta en acción.

De acuerdo con Gerry, J., 2001, este elemento se encarga de garantizar que estrategias están funcionando durante la marcha. Las cuestiones para llevar a cabo este elemento son:

- Estructuración de la organización: incluye una descripción de las estructuras, procesos y las relaciones entre estos de una empresa.
- Alcance del éxito: explica la forma en la que las áreas independientes de una organización sustentan la estrategia. En resumen, es la medición del grado en el que las estrategias se basan en los recursos y competencias de una organización.
- La gestión del cambio: se fija en las diferentes formas en las que se debe reaccionar a los cambios durante la estrategia. Es necesario que se comprenda en qué modo debe influir el contexto de la organización en los cambios y esto se logra analizando los distintos papeles que representan las personas que se ocupan de la reacción al cambio y definir los estilos que se pueden seguir para dichas reacciones, así como las herramientas que se pueden utilizar para lograrlo.

1.1.2.5 Etapas de la gestión estratégica.

El proceso de la gestión estratégica lleva consigo tres etapas importantes para su desarrollo: la formulación de la estrategia, implantación de la estrategia y la evaluación

de la estrategia. (David F., 2008). En la figura 4 se observa modelo integral de gestión estratégica que abarca estas tres etapas y se muestran los bloques que componen a cada una de ellas.

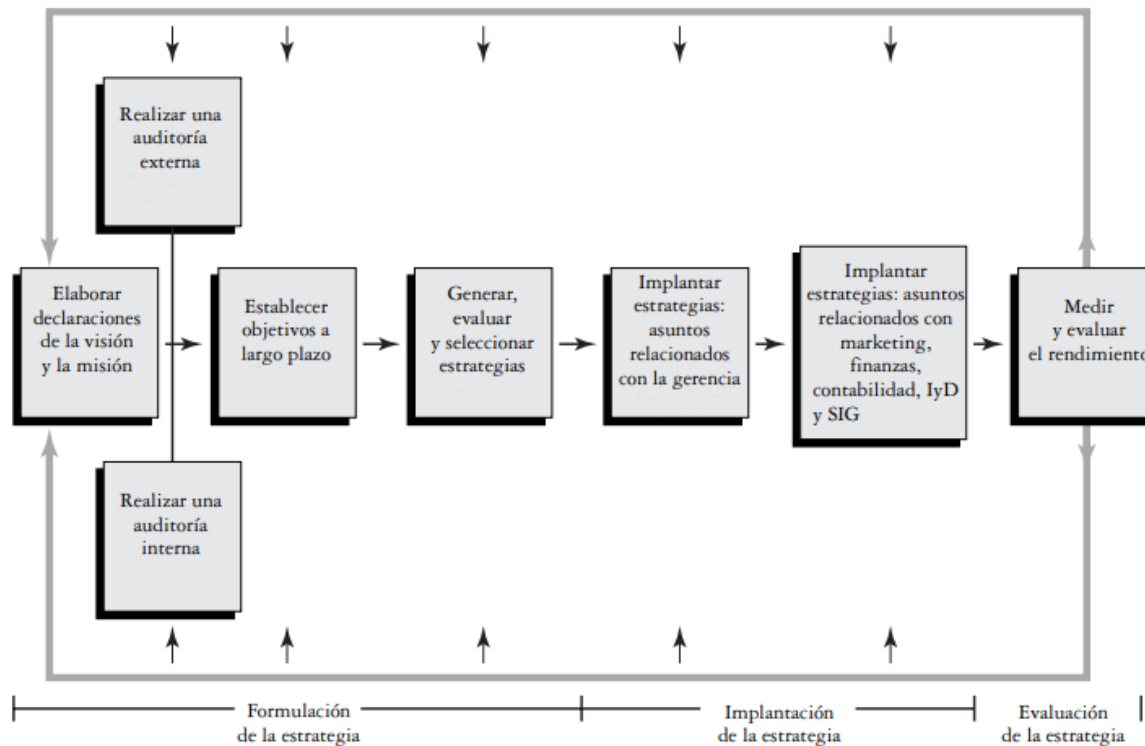


Figura 4 Modelo integral de la gestión estratégica. Fuente: David F. (2008) *Conceptos de administración estratégica*.

El esquema de la figura 4 representa con claridad la formulación, implementación y evaluación de las estrategias. El proceso de la gestión estratégica es dinámico y continuo, por eso un cambio en alguna de las áreas podría representar un cambio en todos los demás componentes. Por lo tanto, el proceso de la gestión estratégica dentro de una organización es iterativo. (David F., 2008)

Cabe resaltar que este proceso no se divide, lo cual quiere decir que los estrategas no avanzan por sí solos de forma independiente a través del proceso y es por esta razón

que debe existir la interacción entre todos los niveles jerárquicos de la empresa. (David F., 2008)

La aplicación del modelo en las grandes empresas y bien establecidas es más formal y por el contrario las organizaciones pequeñas tienen a ser menos formales. La formalidad está esta designada por el grado en el que se asignan y se desempeñan las actividades dentro del proceso. Una mayor formalidad en la aplicación de la gestión estratégica se relaciona directamente con el costo, plenitud, exactitud y éxito. (David F., 2008)

1.1.2.5.1 Formulación de la estrategia.

Esta fase implica tomar las decisiones adecuadas sobre actividades a largo plazo para atender eficazmente las oportunidades y amenazas tomando en cuenta las fortalezas y debilidades de la organización. Para esto es necesario definir la misión, visión, objetivos estratégicos y las líneas de acción prioritarias de la empresa en cuestión. (Wheel en T. & Hunger D., 2013)

1.1.2.5.1.1 Declaración de la visión y misión.

Para comenzar a definir la visión de la organización es necesario que los gerentes y ejecutivos estén todos de acuerdo con la visión principal que se intenta hacer realidad. Una visión debe responder a una pregunta básica “¿Qué queremos llegar a ser?”, por lo tanto, esta debe proporcionar el fundamento para crear una misión bien estructurada. La visión debe ser corta, formada por una oración y siempre debe ser desarrollada por todos los gerentes y directivos como sea posible. (David F., 2008)

Posteriormente la misión debe responder a la pregunta “¿cuál es nuestro negocio?”, en otras palabras, se debe hacer una declaración de la razón de ser de la organización. La misión también revela lo que la empresa desea ser y a quién quiere servir. (David F., 2008)

En su conjunto la realización de la misión y visión constituyen el primer paso de la dirección estratégica. Algunas empresas caen en el error de enfocarse en su día a día a resolver problemas administrativos, se apresuran a establecer objetivos y a establecer estrategias sin tomar en cuenta las declaraciones de la misión y la visión. (David F., 2008)

Con respecto a las características de la declaración de la misión, es importante definir que es una declaración de actitudes y puntos de vista, su alcance es amplio ya que una correcta declaración de misión permite la creación y consideración de una amplia variedad de objetivos y posibles alternativas de estrategias, lo que provoca que la creatividad de la gerencia no se vea limitada; por otro lado, una declaración una misión demasiado general que no excluya ninguna de las alternativas estratégicas podría ser disfuncional. (David F., 2008)

La definición de la misión es amplia porque esta debe de reconciliar con eficiencia las diferencias entre los grupos de interés de una empresa y atraerlos. Estos grupos de interés se refieren a los individuos o a los grupos de individuos que poseen interés o derecho especial sobre la empresa, estos están constituidos por: empleados, gerentes, accionistas, directivos, clientes, proveedores, acreedores, competidores y público en general. (David F., 2008)

Las declaraciones varían en extensión y contenido. Se considera que éstas traen consigo nueve componentes que son importantes exponer puesto que la misión es la

parte pública más visible del proceso de gestión estratégica. De acuerdo con David F., 2008, los componentes son:

- a) El cliente: presenta quienes son los clientes de la empresa.
- b) Productos y servicios: enuncia la cartera de productos que oferta la organización.
- c) Mercado o mercados: es el lugar donde se compete.
- d) Tecnología: deja en claro si la empresa se encuentra en actualización tecnológica.
- e) Interés en la supervivencia, el crecimiento y rentabilidad: tiene que ver con el compromiso con el que la empresa toma el crecimiento y solidez financiera.
- f) Filosofía: representa las creencias, valores y prioridades éticas de la entidad
- g) Concepto propio: comprende los rasgos distintivos y ventajas competitivas.
- h) Preocupación por la imagen pública: menciona si la empresa es sensible y se preocupa por las necesidades sociales y ambientales.
- i) Interés en los empleados: este componente permite dejar en claro que los empleados son un activo valioso para la organización.

1.1.2.5.1.2 Auditoría externa.

La auditoría externa se refiere al estudio y análisis del entorno en que se encuentra inmersa la empresa. El propósito de esta etapa es enlistar las oportunidades que se pueden aprovechar por la organización y las amenazas que se pueden erradicar o evadir. Se trata siempre de definir estos aspectos rápidamente para que se le dé un seguimiento practico si se hiciera lo contrario sería difícil analizar una lista muy larga y en teoría se entorpecería el proceso. (David F., 2008)

Existen en el entorno externo de la organización algunas “fuerzas” que son de vital importancia analizar para poder realizar una auditoría externa exitosa. (David F., 2008)

Estas fuerzas se dividen en cinco principales, son:

- ✓ Fuerzas económicas
- ✓ Fuerzas sociales
- ✓ Fuerzas políticas y legales
- ✓ Fuerzas tecnológicas
- ✓ Fuerzas competitivas

Todas estas fuerzas se encuentran en constante cambio y esto genera a su vez que existan cambios en la demanda de productos por parte de los consumidores y así como las fluctuaciones en dichas fuerzas indican el cambio en productos, servicios, ventas, compras y la relación con los proveedores. Una correcta identificación de las fuerzas ayuda a la empresa a tener una misión más clara y a establecer objetivos concretos a largo plazo. (David F., 2008)

Para realizar la auditoría externa es necesario en cuanto más sea posible la involucración de la gerencia, directivos y trabajadores para que todos los que forman parte de la estrategia comprendan y sepan lo que se quiere lograr y las responsabilidades que tienen todos dentro del proceso. (Gerry, J., 2001)

La manera más práctica de llevar a cabo esta etapa consiste en recabar la información oportuna sobre las tendencias actuales. Cada parte involucrada puede examinar diferentes fuentes de información para que se entreguen informes para la detección de oportunidades y amenazas. Una vez recabada la información se llevan a

cabo una serie de reuniones donde se deben enunciar los factores claves externos obteniéndose así una lista descendente en orden de importancia. (David F., 2008)

La figura 8 representa la relación entre las fuerzas externas y los componentes de una empresa, los cuales en conjunto representan las oportunidades y amenazas de una empresa.

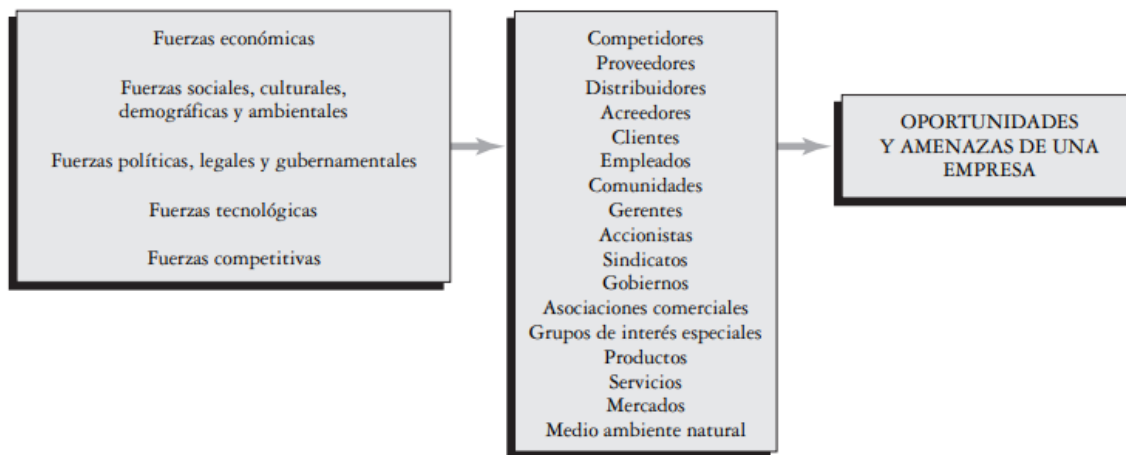


Figura 5 Relación entre las fuerzas externas y los componentes de una empresa. Fuente: David F. (2008) *Conceptos de administración estratégica*.

Cada una de estas fuerzas interactúa con la empresa de distinta manera a través de diferentes medios y con impactos diversos en magnitud y temporalidad.

a) Fuerzas económicas

Ejercen un impacto directo en el potencial más importante de diversas estrategias. Estas esfuerzan su desempeño en el análisis constante y periódico de las economías domésticas y globales. El cambio en tasas de interés, políticas monetarias, tasas de inflación, niveles de productividad en los países, ingresos per cápita y las políticas de exportación e importación se encuentren bien definidas para poder explotar las

características que signifiquen para la empresa una oportunidad y tener precaución con las que presenten una amenaza y así, poder realizar una estrategia que tenga más eficacia durante el proceso de gestión estratégica. (Gerry, J., 2001)

b) Fuerzas sociales

Los cambios en la sociedad implican cambios en cultura, demografía y medio ambientales que generan un impacto muy importante en diversos productos, servicios y mercados de las empresas a nivel global. Un ejemplo claro de estas variables que afectan a la estrategia es: problemas étnicos, cambios de la población, congestión de tráfico, manejo de desechos, programas de seguridad social, papeles sexuales y esperanza de vida solo por nombrar algunas. (Gerry, J., 2001)

c) Fuerzas políticas

Las legislaciones varían y pueden llegar a cambiar radicalmente entre países, no obstante, estas políticas son las principales reguladoras y clientes de las empresas por lo tanto representan en cualquier lugar oportunidades y amenazas para empresas de todo tipo de tamaños. (Gerry, J., 2001)

El aumento de la dependencia global entre economías, mercados, gobiernos y empresas obliga a las organizaciones a considerar cada vez más el impacto de las variables políticas sobre la implementación de estrategias competitivas. En la actualidad los estrategas deben poseer las habilidades que permitan negociar sobre un marco legal y no centrarse únicamente en asuntos económicos y técnicos de la empresa, es por esta razón que la tendencia que se sigue en la actualidad en las organizaciones se basa en la constante reunión de directivos y gerentes con funcionarios gubernamentales para

delimitar con claridad la normatividad que se debe seguir dentro del gobierno de determinado país. (Gerry, J., 2001)

d) Fuerzas tecnológicas

En un mundo cada vez más globalizado es común que la tecnología se encuentre en constante cambio y desarrollo, estos a su vez producen un fuerte impacto en las empresas. Los factores más importantes de estas fuerzas se centran en la capacidad de producción de una empresa y modelos de negocios por internet. (Gerry, J., 2001)

Estas representan oportunidades y amenazas que se deben de tomar en cuenta al momento de formular una estrategia. La tecnología afecta de forma drástica los productos, servicios, mercados, proveedores y clientes; además añaden más competidores y nuevos mercados en los que se puede incursionar. (Gerry, J., 2001)

El modelo de pensamiento de las empresas tradicionales dicta un sistema que da prioridad de financiamiento a departamentos como finanzas y mercadotecnia y no se enfocan en la inversión en tecnología. Este tipo de actividades generan en la empresa menor productividad, mejoras en técnicas, aumento en expectativas de los empleados y sofisticación. El ritmo general de tecnología en la actualidad literalmente elimina empresas, sin embargo, la respuesta a este ritmo tan vertiginoso en las organizaciones es la creación de departamentos que se especializan únicamente en aspectos de tecnología tales son los casos de: dirección de tecnología y los departamentos de innovación y desarrollo. (Gerry, J., 2001)

e) Fuerzas competitivas

En el mundo empresarial siempre se busca tratar de lograr ventajas sobre los competidores y con normalidad los interesados en la formulación de estrategias (directivos y gerentes) las plantan tomando en cuenta solo a los competidores directos; pero existen muchos más factores que influyen de manera natural a las estrategias. Para visualizar mejor estos factores competitivos es necesario realizar un modelo de “las cinco fuerzas de Michael Porter”. (Gerry, J., 2001)

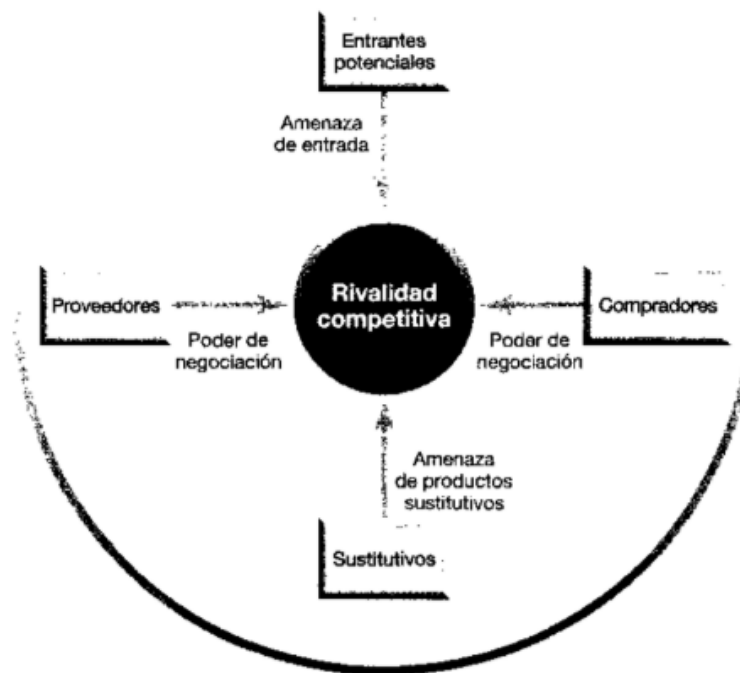


Figura 6. Adaptación del modelo de las cinco fuerzas de Porter. Fuente: Gerry J. (2001) Fundamentos de dirección estratégica.

Para poder ocupar este modelo Gerry J. (2001) representado en la figura 6, se hacen las siguientes recomendaciones:

- Este modelo solo es aplicable por unidad de negocio y no de manera general dentro de una organización debido a que las organizaciones manejan diversas operaciones y actúan en distintos mercados.

- La comprensión de la relación entre todas estas fuerzas resulta esencial porque los eventos externos pueden eliminar muchas ventajas competitivas.
- Las cinco fuerzas de Porter no son independientes entre sí.
- El comportamiento competitivo puede intentar eliminar estas fuerzas, en vez de limitarse a acomodarse en las mismas.

Auditoría interna.

De igual manera que con la auditoría externa, la auditoría interna se realiza con la participación activa de los directivos y de las partes interesadas en la estrategia. Para poder realizarla se debe reunir información de todos los departamentos de la organización, por tal razón, el proceso de gestión estratégica es interactivo que requiere de la coordinación de todos los gerentes. Aunque los estrategas supervisan este proceso, para lograr el éxito se requiere de trabajo en equipo con todos los subsistemas de la organización (David F., 2008). También es importante determinar preguntas para poder realizar las fortalezas y debilidades de la organización cualquier contestación negativa representa una gran debilidad, estas son:

- ✓ ¿La empresa utiliza conceptos de gestión estratégica?
- ✓ ¿Los objetivos y las metas de la empresa son fáciles de medir?
- ✓ ¿Los gerentes de todos los departamentos realizan una planeación eficaz?
- ✓ ¿Los gerentes delegan autoridad de manera adecuada?
- ✓ ¿La estructura de la organización es apropiada?

Generación de estrategias.

Después de las auditorias, externa e interna respectivamente es necesario conocer los tipos de estrategias que existen y se pueden aplicar dependiendo de las necesidades de la organización. Existen diferentes tipos de estrategias para David F. (2008) estas se pueden clasificar de la siguiente manera:

I. Estrategias de integración

Incluye las estrategias conocidas como de integración hacia adelante, de integración hacia atrás y de integración horizontal.

- a) Integración hacia adelante: implica la obtención de propiedades y de control sobre distribuidores y vendedores minoristas. Y una manera eficaz para poder implementar este tipo de estrategia es a partir de una franquicia ya que las empresas se expanden con rapidez porque los costos y oportunidades se diluyen entre muchos individuos.
- b) Integración hacia atrás: se trata de una estrategia que busca la obtención de propiedad o aumento de control sobre los proveedores de una organización.
- c) Integración horizontal: se emplea para encontrar la propiedad o el aumento de control sobre los competidores de una empresa. Es una de las tendencias más importantes de la gestión estratégica dado que las fusiones, adquisiciones y toma de control entre los competidores permite el incremento en economías de escala y el perfeccionamiento de la transferencia de recursos y capacidades.

II. Estrategias intensivas

La penetración de mercado y el desarrollo de mercados y productos son las estrategias intensivas y se consideran de tal forma porque exigen esfuerzos intensos para mejorar la posición competitiva de una empresa:

- a) Penetración de mercado: intenta aumentar con creces la participación de los productos y/o servicios en los mercados actuales mediante esfuerzos en mercadotecnia. Dentro de sus actividades más frecuentes se encuentran el aumento en el número de vendedores, el incremento en gastos publicitarios. Los indicadores que pueden determinar qué tan necesaria es una penetración de mercado como estrategia principal en una empresa son; cuando los mercados presentes están muy saturados con un producto o servicio en particular, cuando la tasa de uso de los clientes se podría incrementar de manera significativa, cuando la participación en el mercado de los competidores principales se ha disminuido mientras que las ventas totales de la industria han aumentado, cuando la correlación entre las ventas y el gasto de mercadotecnia ha sido alta y cuando el incremento de las economías de escala ofrece mayores ventajas competitivas. (David F., 2008)
- b) Desarrollo de mercados: implica la introducción de nuevos productos o servicios presentes en nuevas áreas geográficas. Este tipo de estrategias son esenciales cuando existen nuevos canales de distribución, cuando una empresa tiene éxito con lo que realiza, cuando existen nuevos mercados inexplorados o poco saturados, cuando una empresa cuenta con capital para dirigir operaciones de mayor expansión y cuando una empresa posee un exceso de capacidad de producción. (David F., 2008)

- c) Desarrollo de productos: se relaciona directamente con el cambio o mejora de los productos de una empresa teniendo como objetivo primordial el aumento en las ventas. (David F., 2008)

III. Estrategias de diversificación

Cada día este tipo de estrategias se vuelven menos populares porque las empresas de la actualidad presentan más dificultades para manejar diversas actividades de negocios. Estas se dividen en: concéntrica, horizontal y de conglomerados.

- a) Diversificación concéntrica: se denomina como la adición de productos o servicios nuevos, pero que se encuentran de cierta manera relacionados con los productos ya existentes de una organización. (David F., 2008)
- b) Diversificación horizontal: se trata del aumento de productos y servicios nuevos pero que no se encuentran relacionados con los preexistentes y que, a su vez, son dirigidos a los clientes actuales de una empresa. (David F., 2008)
- c) Diversificación de conglomerados: es la adición de productos y servicios nuevos que no se encuentran relacionados con los que ya se producen y que son dirigidos hacia clientes potenciales. (David F., 2008)

IV. Estrategias defensivas

Las estrategias que tienen como objeto el recorte de gastos, de enajenación y liquidación son consideradas como estrategias defensivas. (David F., 2008)

- a) Recorte de gastos: ocurre cuando una empresa reduce costos y activos para revertir la disminución de las ventas y utilidades.

- b) Enajenación: se define como la venta de una parte de la empresa. Y se utiliza con frecuencia para obtener capital para poder integrar a la organización adquisiciones o inversiones estratégicas.
- c) Liquidación: es la venta de todos los activos de una empresa. Es el reconocimiento de una derrota, por lo cual esta estrategia es difícil, sin embargo, es preferente detener las operaciones que continuar perdiendo dinero.

Análisis y selección de estrategia.

Este tópico centra su atención en la manera en la que la estrategia se va a llevar a cabo y de qué tipo será. Para poder seleccionar las estrategias es necesario: conocer los tipos de estrategias, los objetivos estratégicos, la misión de la empresa y la información de las auditorías externa e interna. (David F., 2008)

Para lograr la formulación de la estrategia existen herramientas que ayudan a generarlas, estas herramientas se utilizan en diferentes etapas de la formulación; tal como se observa en la figura 7.

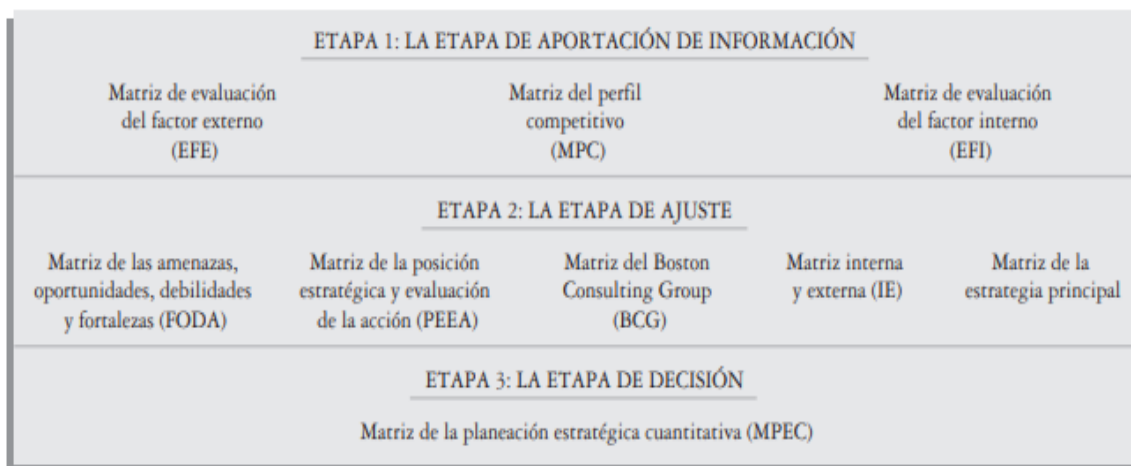


Figura 7. Esquema analítico para la formulación de estrategias. Fuente: David F. (2008) Fundamentos de administración estratégica.

Como se puede observar en la figura 7 la formulación de la estrategia consta de tres etapas: la etapa de aportación de la información, la etapa de ajuste y la etapa de decisión.

I. Etapa de aportación de la información.

Para esta etapa se pueden utilizar como herramientas la matriz EFE, matriz EFI y/o la matriz de perfil competitivo (MPC), esta etapa sintetiza la información inicial necesaria para formular las estrategias.

Matriz EFI

Esta herramienta para formular estrategias evalúa y resume las fortalezas y debilidades en las áreas de una empresa. Se requieren juicios intuitivos para elaborarla, así que no debe ser considerada como una técnica infalible. Para elaborarla se deben seguir cinco pasos: enumerar los factores internos clave identificados, asignar un valor entre 0.0 a 1.0 según sea su importancia, asignar una clasificación de uno a cuatro a cada factor para indicar si dicho factor representa una debilidad mayor, una debilidad menos, una fortaleza menor o una fortaleza mayor, multiplicar el valor de cada factor por su clasificación para determinar un valor ponderado para cada variable y sumar los valores ponderados de cada variable para determinar el valor ponderado total de la organización (David F., 2008). Un ejemplo de esta herramienta se observa en la figura 8.

FACTORES INTERNOS CLAVE	VALOR	CLASIFICACIÓN	VALOR PONDERADO
Fortalezas internas			
1. El casino más importante de Estados Unidos	.05	4	.20
2. Tasa de ocupación de habitaciones mayor de 95% en Las Vegas	.10	4	.40
3. Incremento de los flujos de capital libre	.05	3	.15
4. Propietaria de una milla en la franja de Las Vegas	.15	4	.60
5. Sólido equipo de gerentes	.05	3	.15
6. Restaurantes en la mayoría de las instalaciones	.05	3	.15
7. Provee cortesías mínimas	.05	3	.15
8. Planeación a largo plazo	.05	4	.20
9. Reputación como empresa con orientación a las familias	.05	3	.15
10. Indicadores financieros	.05	3	.15
Debilidades internas			
1. La mayoría de las propiedades están ubicadas en Las Vegas	.05	1	.05
2. Poca diversificación	.05	2	.10
3. Reputación familiar, no hay orientación a los apostadores fuertes	.05	2	.10
4. Propiedades Laughlin	.10	1	.10
5. Pérdida reciente de alianzas estratégicas	.10	1	.10
TOTAL	1.00		2.75

Figura 8 Ejemplo de matriz EFI. David F (2008) Fundamentos de administración estratégica.

Matriz EFE

Esta matriz permite a los estrategas evaluar la información externa de la organización y se desarrolla en los mismos cinco pasos que se tocaron con anterioridad en la definición de la matriz EFI (David F., 2008). La figura 9 muestra un ejemplo.

FACTORES EXTERNOS CLAVE	VALOR	CLASIFICACIÓN	VALOR PONDERADO
Oportunidades			
1. Los mercados globales están prácticamente sin explotar por los mercados del tabaco sin humo	.15	1	.15
2. Incremento de la demanda causada por la prohibición de fumar en público	.05	3	.15
3. Crecimiento astronómico de la publicidad por Internet	.05	1	.05
4. Pinkerton es líder en el mercado de tabaco de precios bajos	.15	4	.60
5. Más presiones sociales para dejar de fumar, dirigiendo a los usuarios a cambiar a productos alternativos	.10	3	.30
Amenazas			
1. Legislación en contra de la industria del tabaco	.10	2	.20
2. Límites de producción en el tabaco aumenta la competencia por la producción	.05	3	.15
3. El mercado del tabaco sin humo se concentra en la región del sureste de Estados Unidos	.05	2	.10
4. La mala publicidad en los medios de comunicación patrocinada por la FDA	.10	2	.20
5. Administración Clinton	.20	1	.20
TOTAL	1.00		2.10

Figura 9 Ejemplo de matriz EFE. David F (2008) Fundamentos de administración estratégica.

Matriz de perfil competitivo.

Identifica a los principales competidores de la empresa, así como el análisis de sus fortalezas y debilidades en relación con la posición estratégica de una empresa en estudio. Los valores y puntajes de valor de la MPC como en la matriz EFE tiene el mismo significado (David F., 2008). En la figura 10 se muestra un ejemplo de esta matriz.

FACTORES IMPORTANTES PARA EL ÉXITO	Competidor 1		Competidor 2		Competidor 3		
	VALOR	CLASIFICACIÓN	PUNTAJE	CLASIFICACIÓN	PUNTAJE	CLASIFICACIÓN	PUNTAJE
Publicidad	0.20	1	0.20	4	0.80	3	0.60
Calidad de los productos	0.10	4	0.40	4	0.40	3	0.30
Competitividad de precios	0.10	3	0.30	3	0.30	4	0.40
Dirección	0.10	4	0.40	3	0.30	3	0.30
Posición financiera	0.15	4	0.60	3	0.45	3	0.45
Lealtad de los clientes	0.10	4	0.40	4	0.40	2	0.20
Expansión global	0.20	4	0.80	2	0.40	2	0.40
Participación en el mercado	0.05	1	0.05	4	0.20	3	0.15
TOTAL	1.00		3.15		3.25		2.80

Figura 10 Ejemplo de matriz MPC. David F (2008) Fundamentos de administración estratégica.

II. Etapa de ajuste.

Durante esta etapa se crean alternativas de estrategias posibles por medio del ajuste de los factores internos y externos de la organización. Dentro de las técnicas ocupadas en esta etapa se encuentran la matriz de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA), la matriz de la posición estratégica y evaluación de acción (PEEA), la matriz de Boston Consulting Group (BCG) la matriz interna externa (IE) y la matriz de la estrategia principal.

Matriz FODA

La matriz FODA es una herramienta importante para los interesados en la aplicación de la estrategia, a partir de esta se generan cuatro tipos de estrategias: estrategias de fortalezas y oportunidades (FO), estrategias de debilidades y

oportunidades (DO), estrategias de fortalezas y amenazas (FA) y estrategias de debilidades y amenazas (DA). (David F., 2008)

Las estrategias FO ocupan las fortalezas de la organización para aprovechar con mayor ventaja las oportunidades externas. Las estrategias DO tienen como objeto mejorar las debilidades al aprovechar las oportunidades. Aplica mejor cuando existen oportunidades externas importantes pero la organización posee debilidades que no le permiten aprovechar dichas oportunidades. Las estrategias FA utilizan las fortalezas de una empresa para reducir el impacto de las amenazas externas. Esto no significa que una empresa que es fuerte deba enfrentar siempre sus amenazas. Las estrategias DA son estrategias defensivas que tienen como propósito reducir las debilidades para así evitar amenazas (David F., 2008). La figura 11 es un ejemplo de matriz FODA.

Dejar siempre en blanco	<p>FORTALEZAS: F</p> <p>1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.</p> <p>Lista de fortalezas</p>	<p>DEBILIDADES: D</p> <p>1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.</p> <p>Lista de debilidades</p>
<p>OPORTUNIDADES: O</p> <p>1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.</p> <p>Lista de oportunidades</p>	<p>ESTRATEGIAS FO</p> <p>1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.</p> <p>Utilizar las fortalezas para aprovechar las oportunidades</p>	<p>ESTRATEGIAS DO</p> <p>1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.</p> <p>Superar las debilidades al aprovechar las oportunidades</p>
<p>AMENAZAS: A</p> <p>1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.</p> <p>Lista de amenazas</p>	<p>ESTRATEGIAS FA</p> <p>1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.</p> <p>Utilizar las fortalezas para evitar las amenazas</p>	<p>ESTRATEGIAS DA</p> <p>1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.</p> <p>Reducir al mínimo las debilidades y evitar las amenazas</p>

Figura 11. Ejemplo de matriz FODA. David F. (2008) Fundamentos de dirección estratégica.

Matriz PEEA

Esta es otra herramienta para la etapa de ajuste, consiste principalmente en cuatro cuadrantes que definirán a posteriori si la estrategia más adecuada para la organización es del tipo: intensiva, conservadora, defensiva o competitiva. Estos ejes de la matriz representan dos dimensiones internas fortaleza financiera (FF) y ventaja competitiva (VC) y dos dimensiones externas (estabilidad ambiental (EA) y fortaleza industrial (FI). Por lo tanto, estos cuatro factores son los principales determinantes de la posición estratégica general de una empresa. (David F., 2008)

Los pasos para realizar de manera correcta la matriz PEEA son los siguientes: seleccionar variables para definir fortalezas financieras, la ventaja competitiva, la estabilidad ambiental y la fortaleza industrial; asignar valor numérico del 1 al 6 a cada una de las variables; calcular un puntaje promedio para FF, VC, FI y EA, sumando los valores asignados a las variables de cada dimensión dividiendo el resultado entre el número de variables incluidas en la dimensión respectiva; registrar los puntajes en el eje correspondiente de la matriz; sumar los dos puntajes del eje x y ubicar el punto resultante x; sumar los valores del eje Y y registrar el punto resultante en la matriz; por último dibujar una recta desde el origen de la matriz que pase a través del nuevo punto de intersección, esta recta revela el tipo de estrategias recomendadas para la empresa (David F., 2008). En la figura 12 se encuentra esquematizada esta matriz.

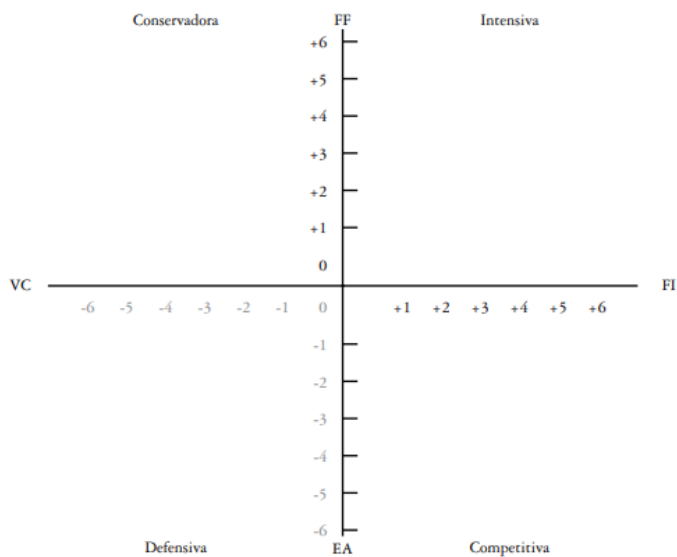


Figura 12. Ejemplo de matriz PEEA. David F. (2008) Fundamentos de dirección estratégica.

Matriz de Boston Consulting Group

La matriz de BCG es una herramienta que permite formular estrategias necesarias para empresas con divisiones múltiples. Esta matriz BGC representa, de manera gráfica, las diferencias entre las divisiones en términos de la posición de la participación dentro del mercado y la tasa de crecimiento industrial. (David F., 2008)

Cada cuadrante de la matriz tiene su respectivo nombre, al cuadrante I se le llama interrogantes, al cuadrante II se le llama estrellas, al cuadrante III se le llama vacas y al cuadrante IV perros. El cuadrante I tiene una posición baja de la participación en el mercado y por lo general, estas empresas necesitan efectivo y su generación del mismo es baja y se le llama interrogantes porque la organización debe decidir si seguir una estrategia intensiva o la vende. El cuadrante II denominado estrella representa las

mejores oportunidades a largo plazo para el crecimiento de la empresa, las organizaciones ubicadas en este cuadrante actúan con una participación activa en el mercado y una tasa de crecimiento industrial alta. Por eso la integración hacia adelante, atrás, horizontal, penetración en el mercado, el desarrollo de mercados y productos son estrategias adecuadas para esta división. El cuadrante III tiene una alta participación en el mercado, pero el crecimiento de la industria es lento se le llama vaca generadora de efectivo porque producen efectivo por arriba de sus necesidades. El desarrollo de productos o la diversificación concéntrica podrían ser estrategias atractivas para los gerentes de la empresa. El cuadrante IV tiene una posición baja de participación en el mercado y compiten en una industria de crecimiento lento o nulo. De manera que debido a su posición interna y externa débil estas empresas sufren a menudo una liquidación, enajenación o recorte de gastos. (David F., 2008). La figura 13 es un ejemplo de esta matriz.

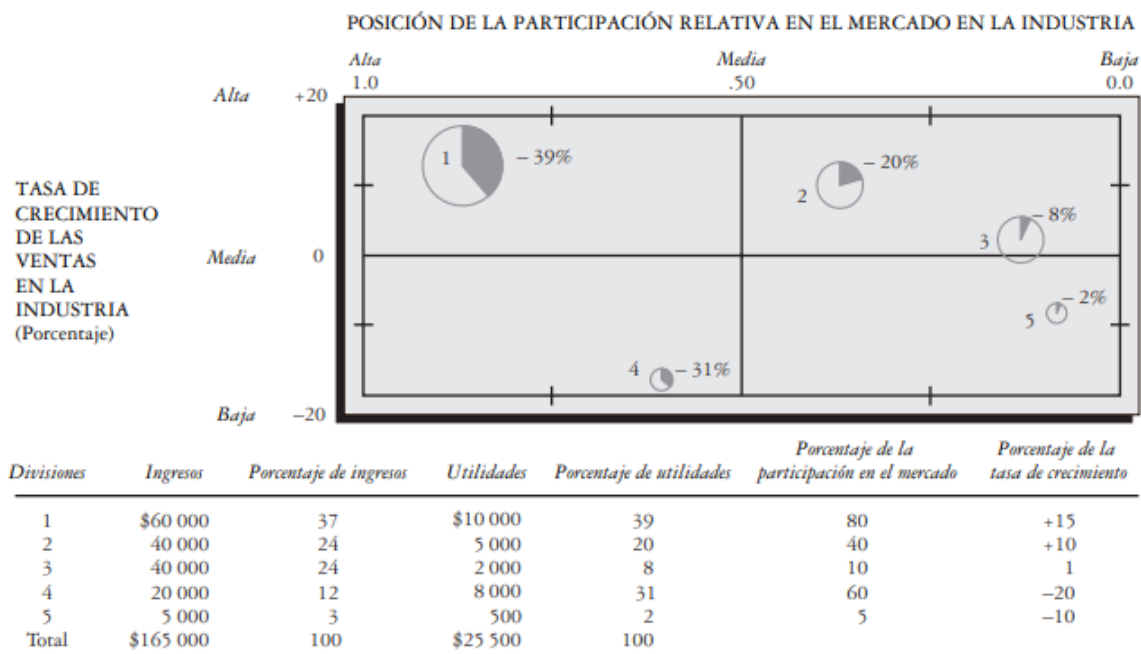


Figura 13. Ejemplo de matriz BCG. David F. (2008) Fundamentos de dirección estratégica.

Matriz IE

Esta matriz ubica las diversas divisiones de una organización en un esquema de nueve cuadrantes. Es similar a la matriz BCG, ya que ambas registran las divisiones de una empresa. A demás, el tamaño de cada círculo representa el porcentaje de contribución en ventas de cada división. (David F., 2008)

La matriz IE se divide en tres regiones principales que poseen implicaciones estratégicas diferentes. La recomendación para las divisiones que se encuentran en cuadrantes I, II y IV es crecer y construir con estrategias intensivas. En segundo lugar, las divisiones que se ubican en cuadrantes III, V Y VII se llevan mejor con estrategias de conservar y mantener con penetración de mercado y desarrollo de productos. Por último, la recomendación para las divisiones que se encuentran en los cuadrantes VI, VIII O IX es cosechar y enajenar (David F., 2008). En la figura 14 se observa el esquema de dicha matriz.

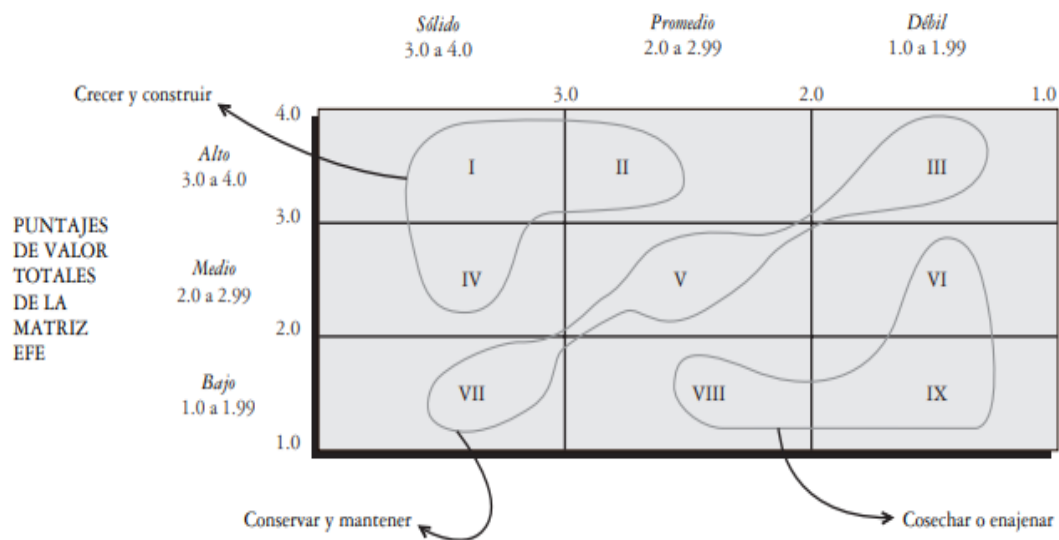


Figura 14. Ejemplo de matriz IE. David F. (2008) Fundamentos de dirección estratégica.

Matriz de la estrategia principal

Todas las empresas se posicionan en uno de los cuatro cuadrantes de estrategia de la matriz. La matriz de la estrategia principal se basa en dos dimensiones de evaluación: la posición competitiva y el crecimiento de mercado. Las estrategias que una empresa debe considerar se encuentran dentro de una lista en cada cuadrante de la matriz según su grado de atracción. (David F., 2008)

Las empresas ubicadas en el cuadrante I se encuentran en una posición estratégica excelente, las empresas que se localizan en el cuadrante II necesitan evaluar su estrategia actual hacia el mercado en forma seria, las empresas en el cuadrante III compiten en industrias de crecimiento lento y tienen posiciones competitivas débiles y por último las empresas del cuadrante IV cuentan con posición competitiva sólida, pero se encuentran en una industria de crecimiento lento. (David F., 2008). La figura 15 contiene un ejemplo de esta herramienta.



Figura 15. Matriz de la estrategia principal. Fuente: David F. (2008) Fundamentos de dirección estratégica.

III. Etapa de decisión.

Menciona como herramienta la matriz de la planeación estratégica cuantitativa (MPEC). Esta matriz utiliza información inicial de la etapa uno para evaluar la factibilidad de las estrategias posibles que se identificaron en la etapa dos, por lo tanto, esta matriz proporciona una base objetiva para identificar, evaluar y seleccionar estrategias específicas.

Matriz de planeación estratégica cuantitativa (MPEC)

Esta matriz indica de forma objetiva cuales alternativas de estrategias son mejores. Utiliza el aporte de datos de la etapa uno, los resultados de los análisis de la etapa dos para elegir con objetividad alternativa de estrategias. La MPEC es una herramienta que permite a los estrategas evaluar alternativas de estrategias con objetividad, con base en factores de éxito crítico. (David F., 2008)

A continuación, se presentan los seis pasos necesarios para elaborar la matriz MPEC según David F. (2008):

- ✓ Elabora una lista de oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades clave de la empresa en la columna izquierda de la MPEC. Debe contener como mínimo diez factores externos y diez factores internos.
- ✓ Asignar valores a cada factor externo e interno clave, idénticos a los de las matrices EFE y EFI. Los valores se presentan en forma de columna vertical justo al lado derecho de los factores de éxito crítico.
- ✓ Examinar matrices de la etapa dos e identificar las alternativas de estrategias que la empresa debe tomar en cuenta para implementar. Se anotan en la línea

superior de la MPEC y agrupe las estrategias en series que se excluyan mutuamente si es posible.

- ✓ Determine los puntajes del grado de atracción (PA) definidos como valores numéricos que indiquen el grado relativo de atracción de cada estrategia de una serie específica de alternativas.
- ✓ Calcular los puntajes totales del grado de atracción (PTA) se definen como el producto de multiplicar los valores por los puntajes de atracción en cada columna. Mientras mayor sea el puntaje total del grado de tracción, más atractiva será la alternativa estratégica.
- ✓ Calcular la suma del puntaje total del grado de atracción (SPTA) para mostrar cual es la estrategia más atractiva, considerando los factores internos y externos relevantes que se puedan afectar con las decisiones estratégicas.

En la figura 16 se ejemplifica de qué manera se utiliza esta herramienta y como colocar los puntajes para realizar los cálculos correspondientes.

ESTRATEGIAS ALTERNATIVAS					
Factores clave	Valor	Alizanzas estratégicas en Europa		Alizanzas estratégicas en Asia	
		PA	PTA	PA	PTA
<i>Oportunidades</i>					
1. Una moneda europea: el euro	.10	4	.40	2	.20
2. Aumento de la conciencia en los consumidores hacia la salud en la selección de alimentos	.15	4	.60	3	.45
3. Economías de mercado libre que surgen en Asia	.10	2	.20	4	.40
4. Incremento del 10% anual de la demanda de sopas	.15	3	.45	4	.60
5. TLC	.05	—	—	—	—
<i>Amenazas</i>					
1. Ingresos en alimentos con un aumento del 1% anual	.10	3	.30	4	.40
2. Banquet TV Dinners de ConAgra es líder del mercado con una participación del 27.4%	.05	—	—	—	—
3. Economías inestables en Asia	.10	4	.40	1	.10
4. Las latas no son biodegradables	.05	—	—	—	—
5. Valor bajo del dólar	.15	4	.60	2	.30
	<u>1.0</u>				
<i>Fortalezas</i>					
1. Las utilidades aumentaron 30%	.10	4	.40	2	.20
2. Una nueva división en Norteamérica	.10	—	—	—	—
3. Las nuevas sopas orientadas hacia la salud son exitosas	.10	4	.40	2	.20
4. La participación en el mercado de Swanson TV Dinners aumentó al 25.1%	.05	4	.20	3	.15
5. Una quinta parte de los bonos de todos los gerentes se basa en el rendimiento corporativo general	.05	—	—	—	—
6. La utilización de la capacidad aumentó del 60 al 80%	.15	3	.45	4	.60
<i>Debilidades</i>					
1. Las ventas de Pepperidge Farm disminuyeron 7%	.05	—	—	—	—
2. La reestructuración costó 302 millones de dólares	.05	—	—	—	—
3. La operación europea de la empresa pierde dinero	.15	2	.30	4	.60
4. La empresa se globaliza con lentitud	.15	4	.60	3	.45
5. El margen de utilidades antes de impuestos del 8.4% equivale sólo a la mitad del promedio industrial	.05	—	—	—	—
<i>Suma del puntaje total del grado de atracción</i>	<u>1.0</u>		<u>5.30</u>		<u>4.65</u>

Figura 16. Ejemplo de matriz MPEC. Fuente: David F. (2008) Fundamentos de dirección estratégica.

1.1.2.5.2 Implantación de la estrategia.

El proceso de la gestión estratégica no termina cuando ya se ha determinado la estrategia que se va a llevar a cabo. La implantación de la estrategia afecta a una empresa desde los niveles más altos hasta los más bajos. El análisis de los conceptos y herramientas para la implantación de la estrategia deben ser temas que manejen con perfección los estrategas y gerentes de la organización. (David F., 2008)

En todas las empresas grandes es necesario una transmisión de responsabilidad de los estrategas a los gerentes de división y funcionales. Los asuntos relacionados con la gerencia que son vitales para la implantación de la estrategia incluyen el establecimiento de objetivos anuales, el diseño de políticas, manejo de conflictos distribución de recursos y la modificación de la estructura corporativa. (David F., 2008)

Objetivos anuales.

El establecimiento de objetivos anuales es una actividad descentralizada que involucra a todos los gerentes de una empresa, la participación activa en el establecimiento de objetivos anuales conduce a la aceptación y al compromiso.

Para David F: (2008) los objetivos son importantes porque:

1. Representan la base para la distribución de recursos.
2. Constituyen el mecanismo básico para evaluar a los gerentes.
3. Son el instrumento principal para la supervisión del progreso hacia el logro de objetivos
4. Establecen prioridades corporativas, de división y departamentales.

La aprobación, la revisión y eliminación de objetivos anuales son mucho más que una actividad de autorización. Los objetivos deben ser cuantificables, congruentes, razonables, desafiantes, claros y acompañados por recompensas y sanciones correspondientes. La figura 17 muestra un ejemplo de la jerarquización de los objetivos.

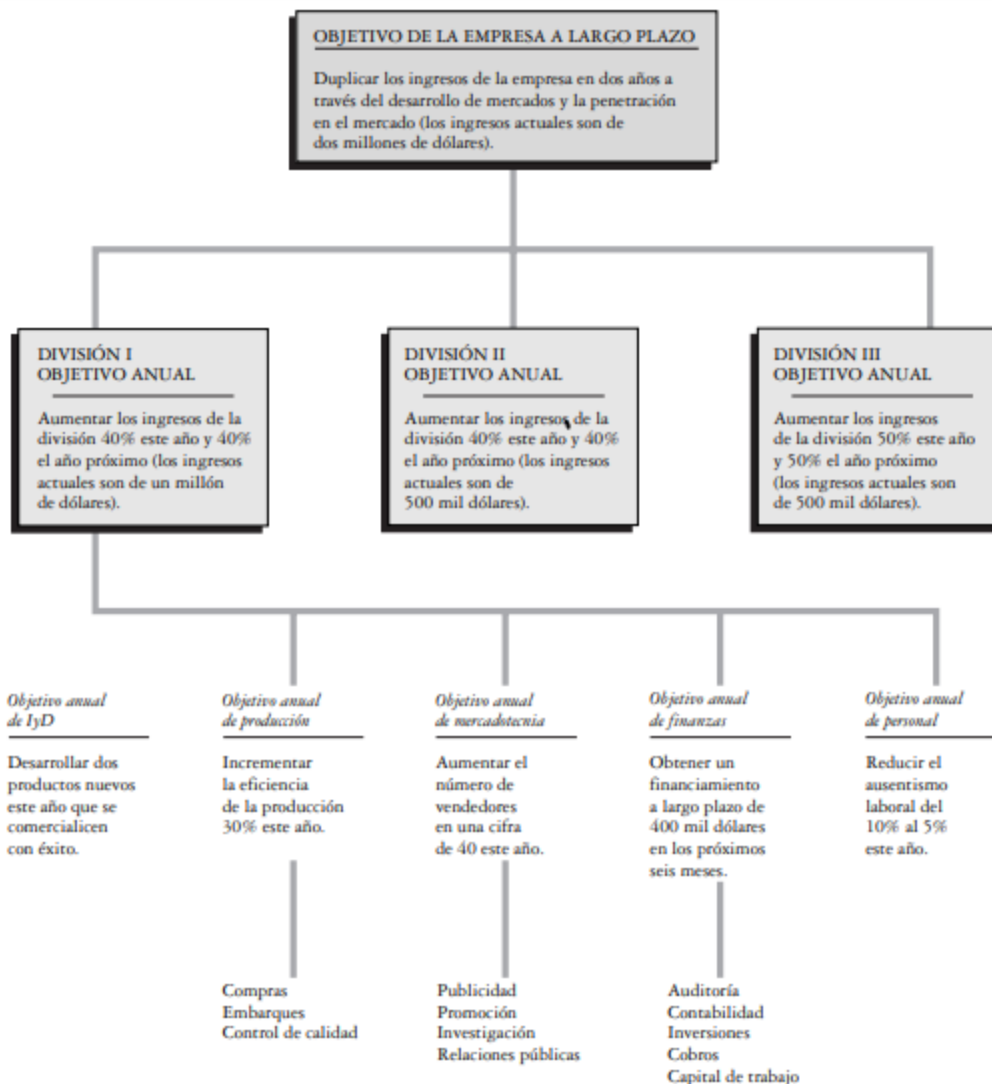


Figura 17. Ejemplo de la jerarquía de objetivos estratégicos. Fuente: David F. (2008) Fundamentos de dirección estratégica

Políticas.

Los cambios en la dirección estratégica de una empresa no ocurren de manera automática, sino que diariamente se requieren políticas para hacer que la estrategia funcione. (David F., 2008)

Las políticas se refieren a las directrices, métodos, procedimientos, reglas y formas prácticas para apoyar y fomenta el trabajo hacia las metas establecidas. Se trata

de instrumentos para la implementación de la estrategia ya que establecen fronteras y límites de tipos de acciones administrativas que se llevan a cabo para sancionar el comportamiento. (David F., 2008)

Distribución de recursos.

Esta se trata de una actividad fundamental que permite la ejecución de la estrategia. La dirección estratégica permite que los recursos se distribuyan de acuerdo a las prioridades establecidas por los objetivos anuales. Nada le haría más daño a la dirección estratégica y a la organización que los recursos se distribuyeran de manera incongruente con las prioridades indicadas por los objetivos anuales preestablecidos. (David F., 2008)

Manejo de conflictos.

La interdependencia a los objetivos y la modificación en la asignación de recursos dentro de la empresa dados por la implementación de la gestión estratégica podrían generar ciertos conflictos. El establecimiento de objetivos anuales puede generar conflictos porque los individuos poseen diferentes expectativas y percepciones, además de que los programas de gestión estratégica crean presión entre las personas de la organización. (David F., 2008)

Los métodos para el manejo y resolución de conflictos se clasifican en tres: evasión, distensión y confrontación. La evasión incluye acciones como ignorar el problema con la esperanza de que el conflicto se resuelva por si solo o separar a los individuos o grupos en conflicto. La distensión implica minimizar las diferencias entre las partes en conflicto y concretar similitudes e intereses en común para dispersar los problemas que existan. La confrontación conlleva al intercambio de los miembros de las

partes del conflicto, de tal manera que cada uno obtenga una apreciación del punto de vista del otro. (David F., 2008)

Relación de la estructura con la estrategia.

Los cambios de estrategia también traen consigo modificaciones en la estructura de la organización por dos motivos. El primer motivo es porque la estructura dicta en gran medida la manera de establecer los objetivos y políticas, el formato estructural para la formulación de objetivos y políticas ejerce un impacto significativo en todas las demás actividades de implementación de la estrategia. El segundo motivo importante se basa en que está dicta la forma en que se distribuirán los recursos. Si la estructura de una empresa se basa en grupos de clientes, entonces los recursos se distribuirán de esa manera. (David F., 2008)

Los cambios en la estrategia conducen a modificaciones de la estructura corporativa. La estructura debe diseñarse para facilitar la actividad estratégica y, por tanto, sigue a la estratégica. No existe un diseño o estructura óptimos para una estrategia o tipo de empresa determinados. Es por eso que cada empresa debe de hacer sus ajustes correspondientes (David F., 2008). La relación entre estas áreas se encuentra representada en la figura 19.

Figura 19. Relación entre estrategia y estructura

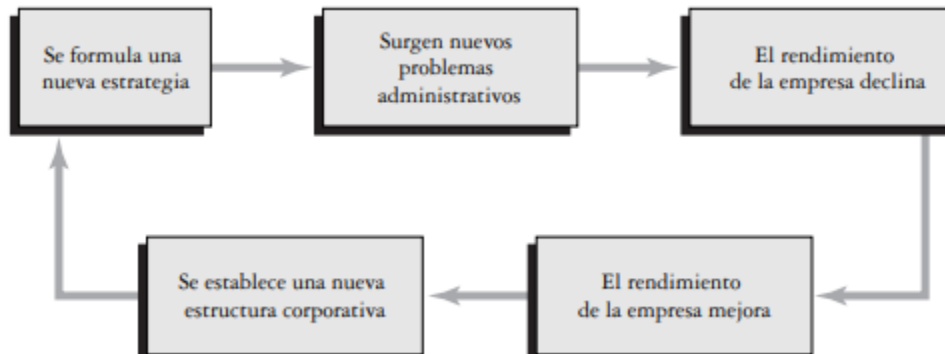


Figura 18. Relación ente estrategia y estructura. Fuente: David F. (2008) Fundamentos de dirección estratégica.

1.1.2.5.3 Medir y evaluar el rendimiento.

Medición, evaluación y control de la estrategia.

I. Medición

Otra actividad importante en esta etapa es la medición del rendimiento de la empresa; que incluye la comparación de los resultados esperados con los resultados reales, y el progreso hacia el cumplimiento de los objetivos establecidos. Los criterios para la evaluación de las estrategias deben ser cuantificables y verificables con facilidad. Así mismo, las evaluaciones de la estrategia deben ser sencillas, y no demasiado restrictivas. (David F., 2008) Los criterios más comunes que se emplean con frecuencia para evaluar pequeñas empresas y también empresas privadas son: cuantitativos los índices comparativos o indicadores claves de desempeño; y cualitativos la información relacionada.

La evaluación de la estrategia se basa en criterios tanto cuantitativos como cualitativos. La selección de criterios depende del tamaño, la industria, las estrategias y

la filosofía de dirección de cada empresa en particular. Los gerentes de pequeñas empresas se comunican todos los días entre sí y sus empleados, y no requieren sistemas de información de la evaluación muy extensos. (David F., 2008) Es importante recordad que existen resultados tanto positivos como negativos que no están asociados directamente a un indicador, sino que son de carácter cualitativo; sin embargo, tienen un impacto importante en las empresas dado que pueden representar el éxito o fracaso de alguna estrategia implementada. Por ello son igual de importantes ambos criterios.

II. Evaluación.

La evaluación de la estrategia es vital para el bienestar de una empresa. La retroalimentación adecuada y oportuna es la pieza clave de la evaluación eficaz de la estrategia; debido a que, las evaluaciones oportunas alertan a la gerencia sobre problemas reales o potenciales antes de que se tornen complejos.

De acuerdo con David F., 2008:

La evaluación de la estrategia incluye tres actividades básicas:

- 1) El examen de las bases subyacentes de la estrategia de una empresa*
- 2) La comparación de los resultados esperados con los resultados reales*
- 3) La toma de medidas correctivas para garantizar que el rendimiento concuerde con los planes (David F., 2008)*

Es importante mencionar que para una correcta evaluación de la estrategia se debe tener un enfoque tanto a largo como a corto plazo ya que el hecho de que una organización esté inmersa en un entorno dinámico implica que lo que ha funcionado para hoy, posiblemente ya no sea útil para el futuro. La evaluación de las estrategias de

manera continua más que periódica permite establecer y supervisar de modo eficaz puntos de referencia del progreso.

De acuerdo con David F., 2008, La figura 20 resume las actividades de evaluación de la estrategia en términos de las preguntas clave que deben plantearse, las respuestas alternativas a dichas preguntas y las medidas adecuadas que debe tomar una empresa.

Figura 20. Matriz de evaluación de la estrategia.

¿CAMBIOS IMPORTANTES EN LA POSICIÓN ESTRATÉGICA INTERNA DE LA EMPRESA?	¿HAN OCURRIDO CAMBIOS IMPORTANTES EN LA POSICIÓN ESTRATÉGICA EXTERNA DE LA EMPRESA?	¿HA PROGRESADO LA EMPRESA DE MANERA SATISFACTORIA HACIA EL LOGRO DE SUS OBJETIVOS ESTABLECIDOS?	RESULTADO
No	No	No	Tomar medidas correctivas
Sí	Sí	Sí	Tomar medidas correctivas
Sí	Sí	No	Tomar medidas correctivas
Sí	No	Sí	Tomar medidas correctivas
Sí	No	No	Tomar medidas correctivas
No	Sí	Sí	Tomar medidas correctivas
No	Sí	No	Tomar medidas correctivas
No	No	Sí	Continuar con el curso estratégico actual

Figura 19. Matriz de evaluación de la estrategia. Fuente: David F. (2008) *Fundamentos de dirección estratégica*.

Existe una variedad de factores externos e internos evitan que las empresas logren sus objetivos. Entre los factores externos se encuentran: las acciones de los competidores, los cambios de la demanda, los cambios de la tecnología, los cambios económicos, los cambios demográficos y las acciones gubernamentales impiden el cumplimiento de los objetivos. Entre los factores internos están: la selección de estrategias ineficaces o la deficiencia de las actividades de implantación. Por otro lado, los objetivos fijados podrían haber sido difíciles de alcanzar, es por ello que las empresas necesitan conocer tan pronto como sea posible el momento en que las estrategias son ineficaces. En ocasiones, los empleados de primer contacto descubren esto antes que los estrategas o altos mandos. (David F., 2008)

Uso de los sistemas de información en la evaluación de estrategias.

Un sistema de información (SI), cuando se diseña, instala y opera adecuadamente, obtiene información en forma eficiente, oportuna y exacta. Los SI permiten que los empleados de diferentes niveles elaboren y den respuesta a diversos informes de evaluación de la estrategia. Las empresas actuales son tan competitivas que los estrategas se han visto obligados a tomar decisiones con mayores grados de incertidumbre. Por lo tanto, es necesario obtener e integrar la mayor cantidad de información posible para formular, implantar o evaluar las decisiones estratégicas. (David F., 2008)

Un sistema de información robusto y su uso adecuado hace la diferencia entre una empresa que utiliza información actualizada y otra que emplea información obsoleta para la toma de decisiones estratégicas. Los SI son herramientas que ayudan en la toma de decisiones, pero no están facultados para tomarla; por lo tanto, no deben ser considerados como proveedoras de soluciones, sino más bien como la estructura que permite mejorar en forma significativa el proceso de integrar con eficacia la intuición y el análisis en la evaluación de la estrategia. (David F., 2008)

III. Control.

La toma de medidas correctivas, requiere la realización de cambios en la empresa de manera inmediata, a corto, mediano o largo plazo, siempre en busca de resultados positivos a futuro. De acuerdo con David F., 2008, algunos cambios que podrían ser necesarios son:

- ✓ Cambio de la estructura organizacional

- ✓ Reemplazo de uno o más individuos
- ✓ Revisión de los objetivos
- ✓ Diseño de nuevas políticas
- ✓ Contratación de vendedores adicionales
- ✓ Distribución de los recursos en forma distinta
- ✓ Diseño de nuevos incentivos de desempeño.

La toma de medidas correctivas no implica forzosamente abandonar las existentes, o que se formularán nuevas estrategias. Como lo menciona Claudé, (1968), citado por (David F., 2008)):

Las posibilidades y probabilidades de realizar acciones incorrectas o inadecuadas aumentan geoméricamente con un incremento aritmético del personal. Cualquier persona que dirija una empresa en general debe supervisar las acciones de los participantes, así como los resultados que hayan logrado. Si los resultados o las acciones no concuerdan con los logros preconcebidos o planeados, entonces se requieren medidas correctivas. (Claudé, 1968)

Las medidas correctivas tienen como propósito colocar a la empresa en una mejor posición para favorecerse de las fortalezas y oportunidades; así mismo, buscan eliminar las amenazas y mejorar las debilidades. Las medidas correctivas necesitan de un tiempo apropiado y deben considerar un riesgo adecuado, del mismo modo, deben ser congruentes y responsables con el objetivo de fortalecer la posición competitiva de una empresa. (David F., 2008)

1.2 Antecedentes específicos

1.2.1 La empresa

Una empresa es una entidad compuesta por capital y trabajadores que se encarga en ofrecer productos o servicios a las personas. (Gestión.org, 2018)

En este caso la empresa corresponde al sector terciario, de servicios; en específico de servicios de salud en el ámbito privado.

1.2.1.1 Descripción de la empresa.

El servicio se brinda en un consultorio médico privado. La matriz es el consultorio del director médico; cuya especialidad es cardiología clínica e intervencionismo electrofisiológico, la razón social actual es de una persona física con actividad profesional y cada uno de los médicos que conforman el grupo factura de manera independiente sus honorarios.

El consultorio matriz está ubicado en un conocido hospital privado en Puebla, tiene más de 10 años con servicios médicos de alta especialidad enfocados en el área de cardiología clínica, cardiología intervencionista y electrofisiología intervencionista que incluyen:

- ✓ Consulta de cardiología clínica
- ✓ Atención de infarto agudo al miocardio
- ✓ Mantenimiento y calibración de marcapasos
- ✓ Toma de electrocardiograma
- ✓ Ecocardiografía
- ✓ Prueba de esfuerzo

- ✓ Holter cardiaco

El consultorio actualmente cuenta con tres empleados en su nómina que realizan las actividades administrativas y de apoyo operativo. De acuerdo con la Secretaría de Economía, que estableció de manera oficial los criterios para clasificar a la industria de acuerdo con su tamaño, la empresa cae en la categoría de microempresa.

Figura 21. Clasificación de las empresas de acuerdo con el número de empleados.

Tamaño	Sector		
	Clasificación según el número de empleados		
	Industria	Comercio	Servicios
Micro	de 0 a 10	de 0 a 10	de 0 a 10
Pequeña	de 11 a 50	de 11 a 30	de 11 a 50
Mediana A	de 51 a 250	de 31 a 100	de 51 a 100

Figura 20. Clasificación de las empresas de acuerdo con el número de empleados. Fuente: INEGI, 2009.

Obtenido de:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ce/2009/doc/minimonografias/m_pymes.pdf

Por otro lado, el personal médico y otros profesionales de la salud como enfermeras y técnicos, no se considera dentro del rubro de empleados, sino como colaboradores de la organización.

1.2.1.2 Estructura organizacional.

A continuación, se presenta el organigrama de la empresa, que, si bien no es el ideal, es con el que opera actualmente la organización.

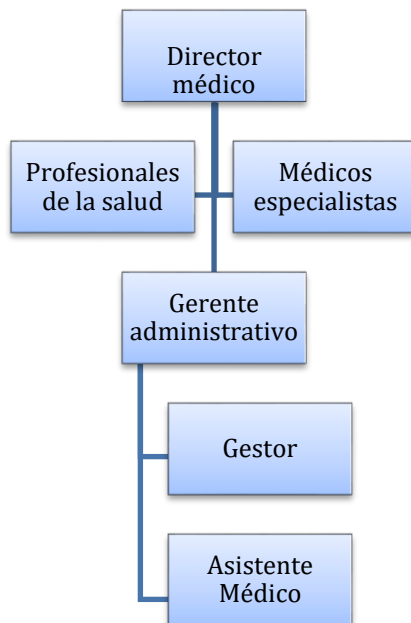


Figura 21. Organigrama de la empresa. Fuente: Elaboración propia

1.2.1.3 Descripción general de puestos.

La persona con el cargo más alto en la organización es el Director Médico quien se encarga de coordinar a los médicos y profesionales de la salud.

Como colaboradores de la organización se encuentran los médicos especialistas, enfermeros, técnicos e ingenieros que desempeñan labores clínicas dentro de la empresa. Los especialistas se encargan de las consultas médicas y los procedimientos médico-quirúrgicos, mientras que los profesionales de la salud asisten a los médicos en sus labores; dado que no cuentan con un contrato de trabajo, no se encuentran en la nómina de la empresa, sino que reciben pago por honorarios en cada evento que prestan sus servicios.

El gerente administrativo se encarga de organizar los recursos materiales, humanos y monetarios de la organización, así como la gestión de proyectos y el cumplimiento de los objetivos internos de la empresa.

El gestor se desempeña dentro del área administrativa como apoyo a la gerencia para poner en marcha los proyectos de la organización.

El asistente médico se encarga de organizar las agendas de los médicos, confirmación y cobro de las consultas, así como de tomar electrocardiograma a los pacientes cuando asisten a consulta.

1.2.1.4 Servicios, productos y clientes.

Los servicios que ofrece se clasifican de la manera siguiente:

1. *Consulta médica de alta especialidad cardiológica:* consiste en una revisión cardiológica basada en la toma de signos vitales (presión arterial y oxigenación), un electrocardiograma (con la interpretación del especialista) y una entrevista con el médico.
2. *Revisión de marcapasos, desfibriladores y resincronizadores cardiacos:* consiste en el monitoreo del funcionamiento de los marcapasos mediante un equipo electro médico y con el apoyo de un ingeniero especialista. En caso de que los pacientes lo requieran, se cambia el tipo de programación.
3. *Cateterismo cardiaco:* si se detecta alguna anomalía en la consulta cardiológica en se ofrece el servicio de un cateterismo cardiaco diagnóstico. Así mismo, en los casos de infarto agudo al miocardio se realizan cateterismos de urgencia.
4. *Ablación por catéter:* cuando se detectan arritmias cardiacas malignas a través de la consulta cardiológica y los estudios diagnósticos, se ofrece el servicio de ablación para eliminar dichas arritmias y recobrar el funcionamiento normal del corazón.

5. *Toma de electrocardiograma*: servicio que consiste en el registro de la actividad eléctrica del corazón que se produce en cada latido cardiaco. Normalmente se incluye en cada consulta, pero en caso de requerirlo así el paciente se puede brindar este servicio de manera independiente a la consulta.
6. *Ecocardiograma*: estudio diagnóstico de imagenología cardíaca mediante un equipo de ultrasonido.
7. *Holter*: colocación de un dispositivo electrónico que permite registrar toda la actividad eléctrica del corazón durante 24 horas o más para analizar posibles anomalías del ritmo cardíaco.

La mayoría de los pacientes atendidos radican en el Estado de Puebla, ya sea oriundos o extranjeros.; aunque también se atienden a algunos foráneos de lugares relativamente cercanos.

2. Justificación

En la actualidad, México está viviendo una transición epidemiológica; en la que las principales causas de enfermedad y muerte son las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos; las cuales, en su mayoría a pesar de no ser curables, son prevenibles y controlables con tratamientos farmacológicos y/o quirúrgicos que generan múltiples gastos en las instituciones públicas de salud. (Corona, 2017)

Las enfermedades cardiovasculares son complejas y de no ser diagnosticadas a tiempo y tratadas de manera adecuada, generalmente presentan complicaciones, es por ello que requieren de diferentes especialistas y subespecialistas que trabajen en equipo

para analizar al paciente de manera integral y ofrecerle la mejor opción de tratamiento para su padecimiento, tal y como establece el modelo de atención médica de tercer nivel en los servicios de salud pública. (OMS, 2018)

En estos padecimientos, el seguimiento de la evolución del paciente es clave; por lo cual, es necesario tener la capacidad de brindar diferentes opciones de tratamiento dependiendo de las características del padecimiento y el pronóstico de cada paciente. (OMS, 2018)

Si bien es cierto que estas enfermedades se abordan de manera integral en el sector público del sistema de salud; en el ámbito privado, dada la naturaleza disociada de los actores que intervienen en la atención al paciente, prevalece una cultura individualista. Es decir, los servicios médicos se ofrecen de manera separada por los especialistas, sus opiniones en ocasiones son contradictorias y dan como resultado la creación de múltiples expedientes médicos incompletos y un servicio discontinuo que dificulta una adecuada evolución del paciente. Aunado a ello, sus procedimientos administrativos (agendar citas, realizar pagos, generación de expediente, etc.) son independientes y heterogéneos. (Corona, 2017)

Gracias a los servicios públicos de salud los médicos especialistas están familiarizados con el modelo de atención integral. Sin embargo, en el ámbito privado no es frecuente brindar atención médica integral. Por otro lado, la cultura administrativa individualista en el ámbito privado de la salud está fuertemente arraigada y sus estrategias administrativas y de gestión carecen de actualización. Además, la brecha existente entre los sueldos de los médicos del sector público y privado es una de las razones por las que la práctica dual pública/privada es extensa en el contexto mexicano.

Sin embargo, esta práctica privada carece de regulación. (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2016)

En lo que respecta a los recursos humanos en el sistema de salud privado, así como en el área operativa se necesita de médicos especialistas para brindar un servicio adecuado, el área administrativa necesita personal que cuente con los conocimientos para analizar los resultados con un enfoque empresarial, capaz diseñar y ejecutar estrategias para mejorar los indicadores clave de desempeño.

Los profesionales de la salud entienden las necesidades que se viven en el aspecto operativo al momento de prestar un servicio de salud, de la misma forma, los administrativos de estos servicios entienden las necesidades de su área. Por lo tanto, el conocimiento de ambos campos es de gran utilidad para la generación y aplicación de soluciones integrales que los servicios de salud necesitan para su mejora continua.

La propuesta de valor del servicio abordado en este estudio ofrece una solución a esta situación en el sector privado al contar con un grupo médico de especialistas capacitados que brindan un servicio de calidad en sus tres dimensiones: técnica (conocimiento y ejecución adecuada de los procedimientos), interpersonal (trato adecuado con el paciente) y de confort (comodidad con respecto a las instalaciones). Los cuales generaron acuerdos para ofrecer el servicio bajo procedimientos administrativos homogeneizados que facilitan el seguimiento del paciente y propician una mejor evolución de su padecimiento.

Dado que es necesario confirmar que las consecuencias de la creación del servicio fueron favorables, se precisa observar y evaluar los resultados obtenidos, los

acuerdos realizados y las estrategias aplicadas mediante el análisis comparativo de los KPI.

Un aspecto importante que se debe considerar al realizar un estudio en el ejercicio profesional es que este sirva en un servicio real como una herramienta para la toma de decisiones basadas en los resultados obtenidos puesto que cumple así su razón de ser. Es en este hecho que radica la relevancia del presente estudio. (De Pinedo, 2017)

3. Planteamiento del Problema

Como se ha mencionado anteriormente, México cuenta con un Servicio de Salud fragmentado. Creado en 1943, el Sistema de Salud en México es actualmente una mezcla de instituciones públicas y privadas cuyo funcionamiento actual no garantizan el acceso a la salud y servicios de calidad para todos. (Corona, 2017)

El sector privado, que es en el que se enfoca este estudio, comprende: compañías aseguradoras y prestadores de servicios que trabajan en farmacias, consultorios, clínicas y hospitales privados, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa. De acuerdo con Corona, 2017, la experiencia demuestra que la fragmentación de los servicios de salud genera:

- a) Dificultades en el acceso a los servicios
- b) Prestación de servicios de baja calidad técnica
- c) Uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles
- d) Incremento innecesario de los costos de producción, y
- e) Baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos.

Tal como lo señala Corona, 2017 en su artículo “El Sistema de Salud en México: De la fragmentación hacia un Sistema de Salud Universal”:

Esta fragmentación se manifiesta de múltiples formas en los distintos niveles del sistema de salud. En el desempeño general del sistema, se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios. (Corona, 2017)

Como lo menciona Ramírez, el problema es que la salud privada, que conforma un subsistema paralelo al sistema público, está igualmente fragmentado, desintegrado y sin una adecuada regulación ya que ha ido creciendo conforme la necesidad y en reacción a las carencias del sector público. (Ramírez, 2019)

Corona también indica que, una de las causas principales de la fragmentación del sistema es predominio de programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicos (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; es decir, un modelo de atención centrado en la enfermedad, tanto en el ámbito público como en el privado, los servicios se enfocan en el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria. Lo cual, aunado a problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos evita la prestación de servicios de salud efectivos para la población. (Corona, 2017)

Para poder atacar este problema, tal como lo señala Corona:

El Sistema de Salud de México debe transformarse de ser un conjunto de subsistemas verticales, en uno que responda a las necesidades cambiantes de los individuos y las comunidades a lo largo de todo el ciclo de vida, capaz de ofrecer un cuidado continuo, personalizado, proactivo y con orientación preventiva, además de ser rentable y sustentable. (Corona, 2017)

En el ámbito privado, cada subsistema ofrece diferentes niveles de atención, a precios distintos, altamente variables, y con diferentes resultados. Además de que esto dificulta la continuidad de la atención, también es ineficiente en cuestión del uso de recursos, debido a los múltiples requerimientos al transitar de un subsistema al otro, la duplicidad de procesos, de estudios y de pagos. (Corona, 2017)

Por otro lado, los servicios privados de salud cardiovascular no presentan saturación y cuentan con procesos que les permiten brindar el servicio de manera eficiente; sin embargo, a menudo se presenta una discontinuidad en el seguimiento del paciente y una prevalencia de prioridad en un sentido monetario sobre el bienestar del paciente debido a que están diseñados de manera fragmentada. Es decir, los recursos necesarios para el servicio son brindados por diferentes actores. Los hospitales brindan la infraestructura y el personal que interviene durante el periodo del servicio (enfermeras, técnicos, camilleros, intendentes, administrativos, entre otros); estos a su vez tienen proveedores de insumos para la salud (los cuales tienen relación con el médico para promocionar sus productos y con el hospital para que los adquiera), finalmente, los médicos especialistas trabajan de manera individual e independiente al hospital (pagan renta al hospital por su consultorio, pagan una cuota anual por el derecho a internar pacientes en el hospital y no pertenecen a la nómina, por lo que cobran sus honorarios de manera separada) dando como resultado una discontinuidad en los procesos que no garantiza la efectividad del tratamiento sin importar el monto pagado.

Otra característica de los servicios privados de salud es que el propio paciente o su familia deben buscar por separado cada uno de los especialistas que requiera de acuerdo con su padecimiento. En lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares,

los estudios de diagnóstico, los medicamentos para el tratamiento y los procedimientos quirúrgicos tienen precios elevados que implican gasto de bolsillo (proporción del gasto que las familias destinan a través de gastos directos, a solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud, una vez satisfechas sus necesidades alimentarias) que en muchas ocasiones terminan en gasto catastrófico. (Más del 30% de la capacidad de pago al financiamiento de la salud de los miembros de la familia).

En resumen, el servicio segmentado que abunda en el sector médico privado genera, entre otros, los siguientes inconvenientes:

- ✓ Discontinuidad en el tratamiento
- ✓ Discrepancia en el diagnóstico
- ✓ Costos elevados en el servicio
- ✓ Atención médica inoportuna
- ✓ Elevada mortalidad y morbilidad
- ✓ Generación de múltiples expedientes médicos incompletos
- ✓ Incertidumbre del paciente y su familia
- ✓ Gasto catastrófico

Tradicionalmente, en el sector privado la mayoría de los médicos trabajan de manera individual en consultorios independientes, sin embargo, este hecho se está transformando, ya que la tendencia actual en la medicina privada es realizar grupos de médicos con especialidades afines para conformar clínicas que se enfoquen en un grupo definido de padecimientos.

Actualmente en la ciudad de Puebla se han generado grupos de médicos en el área cardiovascular que ofrecen sus servicios, sin embargo, no todos cuentan con

certificación vigente ni con todos los especialistas necesarios para brindar un servicio integral. Así mismo, los precios suelen ser elevados, haciendo el servicio de difícil acceso para el grueso de la población.

Por lo anterior, resulta importante que existan otras opciones de prestadores de dichos servicios. Sin embargo, para incursionar en el mercado de manera competitiva, es preciso generar estrategias que sean factibles de implementar y cuyos resultados sean medibles.

Un cardiólogo clínico y electrofisiólogo intervencionista certificado por el Consejo Mexicano de Cardiología que cuenta con un consultorio médico privado ha tenido en algunos casos dificultades en el seguimiento a sus pacientes al derivarlos con otros especialistas, por lo cual pensó en ampliar sus servicios ofrecidos mediante un cambio en su modelo de negocio con el propósito de aumentar el flujo de pacientes, facilitar el seguimiento de estos e incrementar sus ingresos. Para lograr este objetivo decidió crear un grupo médico de especialistas cuya propuesta de valor se centró en un servicio médico de atención integral a los pacientes con enfermedad cardiovascular.

La mayoría de los pacientes atendidos radican en el Estado de Puebla, ya sea oriundos o extranjeros.; aunque también se atienden a algunos foráneos de lugares relativamente cercanos.

Los usuarios que acceden a los servicios son variados en cuanto a su poder adquisitivo, sus niveles socioeconómicos de acuerdo a la agencia mexicana de agencias de inteligencia de mercado y opinión (AMAI) corresponden a los niveles A/B, C+, C y C-. Algunos de ellos cuentan con seguro de gastos médicos mayores, otros cuentan con seguridad social y otros más no tienen protección en salud.

En todas las ocasiones que se requiere de un procedimiento de alta especialidad cardiológica la organización busca adaptarse a los presupuestos de los pagadores, ofreciendo las opciones de hospitales en los que se puede realizar la intervención, quedando a criterio del cliente la selección.

4. Objetivos

4.1 General

Aplicar el modelo integral de gestión estratégica en un servicio privado que brinda atención médica integral para pacientes con enfermedad cardiovascular.

4.2 Específicos

- Realizar medición de los indicadores claves de desempeño antes de la aplicación del modelo integral de gestión estratégica en un servicio privado que brinda atención médica para pacientes con enfermedad cardiovascular.
- Realizar medición de los indicadores claves de desempeño después de la aplicación del modelo integral de gestión estratégica en un servicio privado que brinda atención médica para pacientes con enfermedad cardiovascular.
- Realizar un análisis comparativo entre la primera y segunda medición e identificar diferencias estadísticamente significativas después de la aplicación del modelo integral de gestión estratégica.

5. Hipótesis

Ha: Existen diferencias significativas entre la primera y segunda medición de indicadores claves de desempeño.

Ho: No existen diferencias significativas entre la primera y segunda medición de indicadores claves de desempeño.

6. Material y métodos

6.1 Diseño del estudio

Estudio de intervención con medición previa y posterior; basado en información retrolectiva, de carácter unicéntrico.

6.2 Población base

Información obtenida de los registros disponibles: agendas y expedientes médicos.

6.3 Población de estudio

2362 registros de información totales.

6.4 Tamaño de muestra

El total de los registros que si cumplieron con los criterios de selección fue de 2311.

6.5 Unidad de análisis

Registro generado por el paciente en cada visita para recibir un servicio.

6.6 Criterios de selección

6.6.1 Criterios de inclusión

Registros que contribuyan al cálculo de los indicadores clave de desempeño un año antes y un año después de la intervención.

Las fechas para el año previo son del primero de junio de 2017 al treinta y uno de mayo de 2018 y las fechas correspondientes al año posterior abarcan del primero de junio de 2018 al treinta y uno de mayo de 2019.

6.6.2 Criterios de exclusión

Se eliminaron aquellos registros que no cumplían con los datos correspondientes a todas las variables de interés, así como registros de pacientes que no contaban con un expediente médico físico de respaldo.

6.7 Operacionalización de variables

En la siguiente tabla se especifican las variables con las que se trabajó, se incluye la definición y clasificación de las mismas, así como el indicador con el que se midieron.

Tabla II de variables incluidas en la base de datos

Variable	Tipo de variable	Definición	Indicador
Sexo	Cualitativa, nominal	Masculino o femenino	Porcentaje de pacientes por sexo
Edad	Cuantitativa, discreta	Años cumplidos al momento de la visita	Edad promedio de pacientes por sexo y global
Servicio recibido	Cualitativa, nominal	Servicio que recibió el paciente en su visita. Consulta, evaluación preoperatoria, holter, revisión de marcapasos, ecocardiograma, resultados de estudios, prueba de esfuerzo,	Cantidad total de cada tipo de servicio brindado en un año

		medicina nuclear, prueba de inclinación.	
Procedencia	Cualitativa, nominal	Ciudad o estado de residencia. En caso de ser extranjeros, país de procedencia.	Porcentaje de pacientes foráneos
Total, de servicios brindados	Cuantitativa, discreta	Cantidad total de servicios que se brindaron en un año. Se cuentan los servicios con un enfoque de productividad; sin considerar que el mismo paciente pudo haber recibido más de un servicio.	Cantidad total de servicios brindados en un año
Total de pacientes	Cuantitativa, discreta	Cantidad de pacientes atendidos en un año. Se cuenta una unidad por paciente, sin importar cuantas veces haya sido atendido.	Cantidad total de pacientes atendidos en un año

Servicios subsecuentes	Cuantitativa, continua	Relación entre la cantidad de servicios brindados y los pacientes atendidos.	Cantidad de servicios brindados / pacientes atendidos
Servicios semanales	Cuantitativa, continua	Cantidad promedio de servicios brindados en una semana.	Cantidad total de servicios brindados en un año / cincuenta y dos
Procedimientos médico-quirúrgicos	Cuantitativa, continua	Cantidad promedio de procedimientos médico- quirúrgicos realizados mensualmente.	Cantidad total de procedimientos realizados en un año / doce
Consultas realizadas	Cuantitativa, continua	Cantidad promedio de consultas realizadas diariamente.	Cantidad total de consultas realizadas en un año/ cantidad de días en que se realizaron consultas
Consultas canceladas	Cuantitativa, continua	Cantidad promedio de consultas canceladas por el paciente diariamente.	Cantidad total de consultas canceladas en un año/ cantidad de días en que se realizaron consultas

Médicos referidores	Cuantitativa, discreta	Cantidad total de médicos generales o de otras especialidades que envían a sus pacientes a recibir algún servicio por parte de la empresa. Se cuenta una unidad sin importar a cuántos pacientes envió.	Cantidad total de médicos referidores
Otros referidores	Cuantitativa, discreta	Cantidad total de otros referidores que envían a pacientes a recibir algún servicio por parte de la empresa. Se cuenta una unidad sin importar a cuántos pacientes envió. Pueden ser otros pacientes o aseguradoras.	Cantidad total de otros referidores
Pacientes referidos	Cuantitativa, continua	Porcentaje del total de pacientes que fueron referidos	Porcentaje de pacientes referidos del total de pacientes atendidos

Seguidores en Facebook	Cuantitativa, discreta	Cantidad total de seguidores en Facebook	Número de seguidores
Alcance de publicaciones	Cuantitativa, continua	Promedio del alcance de las publicaciones realizadas en Facebook	suma del alcance de cada publicación durante el periodo observado/ cantidad total de publicaciones
Credencialización	Cuantitativa, continua	Cada hospital requiere de la credencialización de los médicos para permitirle realizar procedimientos en sus instalaciones	Porcentaje de procesos de credencialización realizados en el total de los hospitales considerados
Sedes	Cuantitativa, discreta	Cantidad de sedes donde se presta el servicio	Cantidad total de sedes

Tabla II. Definición y operacionalización de variables. Fuente: Elaboración propia.

6.8 Descripción de la intervención

Para la elaboración del estudio se realizó un comparativo de los indicadores claves de desempeño antes y después de la aplicación del modelo de gestión estratégica. Los resultados sirvieron de referencia para tomar la decisión de adoptar de manera permanente las estrategias evaluadas, descartarlas o replantearlas.

En la siguiente tabla se mencionan las áreas en las que se implementaron las estrategias, las principales actividades que se realizaron en cada una de ellas y las herramientas que se utilizaron para posteriormente analizar los resultados.

Tabla III. Áreas de implementación del modelo integral de gestión estratégica

Área de intervención	Método de análisis	Actividad	Herramienta
Recursos Humanos	cualitativo	Selección de talento mediante entrevistas	Descripción de Perfil de puestos
Mejora continua (Calidad)	sintético	Benchmarking	Gráfica de océano azul
Networking (Relaciones Públicas)	cualitativo	Generación de valor compartido	Propuesta de plan de trabajo colaborativo
Mercadotecnia electrónica	cuantitativo	Comunicación, publicidad y retroalimentación	Redes sociales

Tabla III. Áreas de implementación de las estrategias de gestión. Fuente: elaboración propia.

A continuación, se presenta la relación entre los objetivos que pretendió lograr la empresa en el periodo previo a la intervención, las estrategias seleccionadas para lograr dichos objetivos y los indicadores que se utilizaron para medir los resultados.

Tabla IV. Objetivos, estrategias e indicadores de la empresa

Objetivo	Estrategias	Indicadores
Brindar en Puebla atención de alta especialidad a pacientes con enfermedad cardiovascular	Formación de un grupo médico con diferentes especialistas	Promedio mensual de procedimientos quirúrgicos. Promedio semanal de servicios médicos (no quirúrgicos) brindados.
Retener al paciente y darle seguimiento		Promedio de consultas subsecuentes anuales
Posicionarse como grupo líder en la prestación de servicios médicos cardiovasculares	Promoción del servicio: Creación de página web y redes sociales Lanzamiento de campaña de ECG a domicilio Contratación de servicio de agenda electrónica de médicos especialistas Asistencia a ferias de salud (4)	Porcentaje de pacientes referidos por estos medios. Número de seguidores. Alcance promedio de las publicaciones. Cantidad de ECG a domicilio realizados Pacientes obtenidos a través de estos medios

Atender pacientes del sureste del país	Visitas a médicos	Cantidad de referidores
	Visitas a clínicas	Porcentaje de pacientes foráneos
Expandir el servicio médico a otros hospitales y/o ciudades	Credencializar a los médicos en otros hospitales	Porcentaje de procesos de credencialización completados
	Solicitar consultorio en otro hospital privado	Cantidad de sedes del servicio

Tabla IV. Relación entre objetivos, estrategias e indicadores de la empresa. Fuente: elaboración propia.

6.8 Estrategia de trabajo

Para obtener la autorización del acceso a la información se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Se estableció contacto con el directivo antes de iniciar una relación laboral.
- Se solicitó realizar el proyecto de tesis de maestría en la empresa como parte de las condiciones laborales.
- Se ofreció la implementación del modelo de gestión, y la entrega de los resultados del estudio.
- Se pactó la confidencialidad de la identidad de la empresa, sus miembros y los aspectos financieros del servicio.
- Se estableció el respeto a la legislación de protección de datos puesto que se trabajaría con expedientes médicos y agendas.
- Se firmó la autorización para la realización del estudio.

6.9 Recolección de información

La información se recolectó a partir de expedientes médicos y agendas en papel. Se clasificaron por año y se seleccionaron aquellos que correspondían a los periodos a observar.

Cada visita de un paciente generó un registro en la agenda y en su expediente. De acuerdo a los pacientes agendados por día, se confirmó la existencia de su expediente médico y se cotejaron los datos generales: nombre, edad, sexo y servicio recibido, se le asignó un folio y se generó el registro de manera electrónica para formar la base de datos en Excel. Una vez que se corroboró que cumplía con los criterios de inclusión, se seleccionó como completo y se depuró la base de datos.

6.10 Métodos para el análisis de datos

La base de datos se analizó con Microsoft Excel utilizando tablas y gráficos dinámicos. Dado que los criterios de inclusión y exclusión para la base de datos generan una variable de carácter binomial, su comportamiento no sigue una distribución normal que requiera la aplicación de pruebas estadísticas para determinar su confiabilidad. Sin embargo, el poder de la muestra es posible calcularlo de la siguiente manera:

$$\widehat{P} = \frac{n}{N} \quad \text{donde } N \text{ es el universo y } n \text{ el tamaño de la muestra} \quad \therefore$$

$$\widehat{P} = \frac{2311}{2362} = 0.978$$

Teniendo así una confianza en que los resultados obtenidos del análisis coinciden en un 97.8% con la realidad.

7. Aspectos éticos

El estudio fue realizado con fines académicos y de mejora en el servicio, los datos analizados son confidenciales y sólo se muestran los resultados del comportamiento de las variables. En ningún caso se hizo público algún dato que permitiera identificar a algún paciente o su diagnóstico. Un dato personal, de acuerdo al artículo 3 fracción V de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP), es toda aquella información que permita identificar a una persona.

En este estudio se cumplió con la legislación correspondiente a la protección de datos y la confidencialidad establecida en la normatividad del expediente médico (NOM-004-SSA3-2012).

La Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP), es un cuerpo normativo de México que fue publicada el 5 de julio de 2010 en el Diario Oficial de la Federación y entró en vigor el 6 de julio de 2010. Sus disposiciones son aplicables a todas las personas físicas o morales, del sector público y privado, tanto a nivel federal como estatal, que lleven a cabo el tratamiento de datos personales en el ejercicio de sus actividades, por lo tanto, empresas como bancos, aseguradoras, hospitales, escuelas, compañías de telecomunicaciones, asociaciones religiosas, y profesionistas como abogados, médicos, entre otros, se encuentran obligados a cumplir con lo que establece esta ley.

8. Resultados

8.1 Formulación de la estrategia

8.1.1 Declaración de la misión, visión y valores de la empresa

La misión es la razón de ser de la empresa y responde a la pregunta de para qué existe esa empresa. Si hablamos del futuro de la empresa estamos hablando de la visión de la empresa, y es que la visión se puede ver en función de los requerimientos o necesidades que tendrá la empresa, creando una percepción del cambio y una descripción de la empresa en un futuro, al menos lo que se espera de ella. Los valores en una empresa son los cimientos de la cultura empresarial, y es que en base a ellos se pueden juzgar los actos, situaciones, personas y objetos que se encuentran dentro de la empresa. También reflejan las metas a las que se quiere llegar, sus creencias y los conceptos básicos que la conforman. (Gestión.org, 2018)

8.1.1.1 Misión

Captar y atender al paciente con enfermedad cardiovascular, brindando una excelente experiencia de servicio para ayudar a mejorar su calidad de vida.

8.1.1.2 Visión

Consolidar un servicio privado de atención integral de calidad orientada a las necesidades del paciente con enfermedad cardiovascular, teniendo siempre en mente el beneficio de la sociedad.

8.1.1.3 Valores

Pasión por servir: cualidad que se basa en el amor por el trabajo dentro de la organización en pro de la salud.

Trabajo en equipo: capacidad de desempeñar labores en equipo con eficiencia.

Sentido humano: ser éticos en cada proceso para no perjudicar la salud de los pacientes.

Profesionalismo: conjunto de parámetros que cumplen las personas de la organización para desempeñar su trabajo de manera eficiente y con ética.

Innovación: desarrollar y estar a la vanguardia de los procedimientos médicos más recientes y con tecnología de punta.

8.1.2 Auditoría externa

La herramienta de gestión seleccionada para realizar la auditoría externa de la empresa fue el océano azul. La primera parte consiste en realizar un cuadro comparativo de los aspectos que se consideren importantes para analizar tanto de la empresa como de los competidores. A continuación, se presenta dicho comparativo en donde se tomaron en cuenta cuatro competidores y la empresa.

Figura 23. Cuadro comparativo de análisis competitivo

Nombre	Tipo de grupo		Servicios Clínicos		
	Privado	Público	Atención Médica	Atención Cardiológica Pediátrica	Revisión de Marcapasos
LA EMPRESA	•		•	•	•
COMPETIDOR A	•		•		
COMPETIDOR B	•		•		•
COMPETIDOR C	•		•		•
COMPETIDOR D	•		•	•	

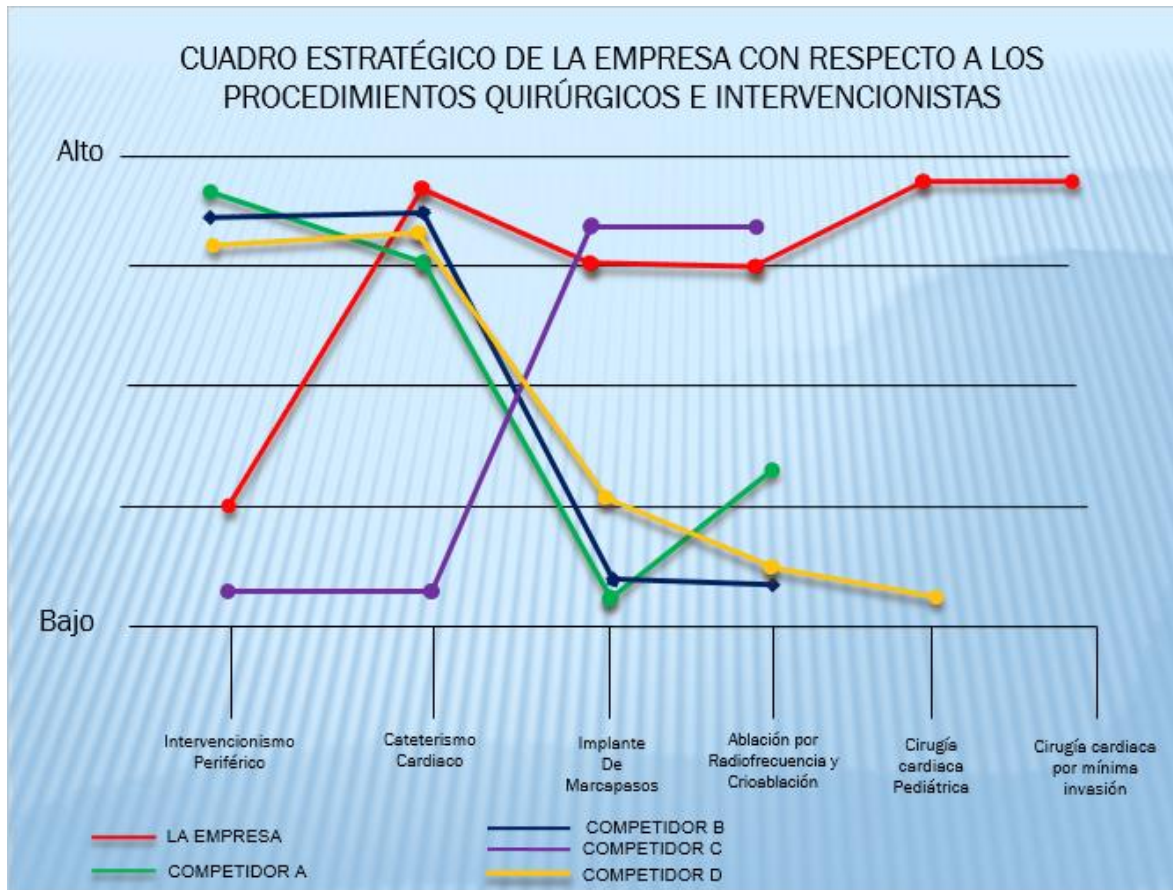
Nombre	Estudios			
	Ecocardiografía	ECG	Prueba de esfuerzo	Prueba de inclinación
LA EMPRESA	•	•	•	
COMPETIDOR A	•	•	•	
COMPETIDOR B	•	•	•	•
COMPETIDOR C	•	•	•	•
COMPETIDOR D	•	•		•

Nombre	Procedimientos						
	Cirugía Cardíaca Minimamente Invasiva	Cirugía Cardíaca Pediátrica	Cirugía Cardíaca Convencional	Ablación por radiofrecuencia y Crioablación	Cateterismo Cardíaco con Atención en Infarto Agudo	Implantación de Marcapasos	Intervencionismo periférico
LA EMPRESA	•	•	•	•	•	•	•
COMPETIDOR A					•	•	•
COMPETIDOR B				•	•	•	•
COMPETIDOR C				•	•	•	•
COMPETIDOR D		•	•		•		•

Figura 22. Cuadro comparativo de análisis competitivo. Fuente: Elaboración propia.

Como resultado de los datos obtenidos en el cuadro comparativo se generó el siguiente cuadro estratégico que se basa en los servicios médicos quirúrgicos y de intervencionismo ofrecidos por la empresa ya que es el área en que se presenta una mayor diferencia con respecto a los cuatro competidores. La identidad de la empresa y de los competidores se mantiene confidencial.

Gráfica K. Cuadro estratégico del Océano Azul



Gráfica K. Cuadro estratégico del Océano Azul. Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica anterior, se observa que a pesar de existir cuatro competidores directos en la ciudad, la empresa tiene una mayor oportunidad en el área de la Cirugía Cardíaca por Mínima Invasión (MICS) debido a que ningún otro competidor en Puebla realiza este tipo de procedimientos, es por ello que los cirujanos cardiorráquicos del grupo representa una ventaja competitiva, puesto que son de los escasos¹ (menos de 10) cirujanos cardiorráquicos en México que están capacitados en este tipo de cirugías de alta especialidad (MICS).

1. Dado que no es una subespecialidad certificada sino un entrenamiento en una técnica quirúrgica específica, no existe una fuente oficial que verifique la cifra exacta de los cirujanos cardiorráquicos que realizan esta técnica. El dato es resultado de una investigación de mercado realizada por la propia empresa.

La gráfica también muestra que la empresa tiene otra ventaja competitiva en el área de la medicina cardiovascular pediátrica (cardiólogo clínico pediátrico y cirujano cardiotorácico pediátrico) dado que los competidores no cuentan con este tipo de especialistas.

8.1.3. Auditoría interna

Una matriz de formulación es una herramienta de gestión útil para la generación y selección de estrategias. En este caso se utilizó la matriz FODA como instrumento para realizar la auditoría interna, correspondiente a la primera fase del Modelo de Gestión Integral. Se identificaron las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas y con base en esta información se generaron estrategias que fueron sometidas al criterio del director.

Tabla V. Matriz FODA de la empresa

	<p>FORTALEZAS (F)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad para ofrecer procedimientos diferentes a los de la competencia. 2. Equipo completo de profesionales en cirugía cardíaca pediátrica. 3. Cantidad suficiente de integrantes para atender a los pacientes en cualquier momento. 4. Médicos capacitados y con más de diez años de experiencia, así como otros profesionales de la salud y personal administrativo ordenado bajo una estructura organizacional. 	<p>DEBILIDADES (D)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La empresa aún no cuenta con un consultorio para el grupo médico. 2. El grupo médico es de reciente creación. 3. No todos los médicos están credencializados en todos los hospitales privados 4. Presupuesto reducido para adquirir por compra o renta nuevos consultorios.
<p>OPORTUNIDADES (O)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento en la demanda debido al retraso en la atención médica en instituciones públicas debido a la lentitud en los procesos. 2. Aumento en la demanda debido a la epidemiología creciente de las enfermedades cardiovasculares. 	<p>ESTRATEGIAS FO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promocionar como servicio único en Puebla la cirugía cardíaca por mínima invasión. (MICS) (F1, O3) 2. Promocionar la cirugía cardíaca pediátrica con referidores de otros estados. (F2, O3) 	<p>ESTRATEGIAS DO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penetrar el mercado adquiriendo consultorios en otro hospital privado de prestigio. (D1, O1) 2. Posicionar la marca de la empresa entre otros médicos y el mercado potencial mediante visitas a médicos y clínicas pequeñas, así como participación en ferias de

<p>3. Escases de centros de atención médica de alta especialidad en estados cercanos.</p> <p>4. Aumento en el turismo médico en Puebla.</p>	<p>3. Formación de equipos quirúrgicos e intervencionistas y establecer roles en caso de urgencias. (F3, O2)</p> <p>4. Participación de los especialistas como ponentes en pláticas, simposios y congresos. (F4, O4)</p>	<p>la salud y medios de comunicación. (D2, O2, O3)</p> <p>3. Credencializar a todos los médicos integrantes del grupo en los hospitales privados de prestigio en la ciudad. (D3, O4)</p> <p>4. Generar una alianza estratégica con algún hospital privado para brindar el servicio de la empresa como parte de los productos del hospital. (D4, O3)</p>
<p>AMENAZAS (A)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Existen grupos de cardiología con un mayor tiempo en el mercado. 2. Se depende de la aprobación de un hospital para establecerse en el mismo. 3. En algunos hospitales existen conflictos de interés que no permiten la libre y sana competencia en el sector. 4. El alto precio en los servicios y el bajo ingreso familiar reduce el mercado potencial. 	<p>ESTRATEGIAS FA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promocionar aquellos servicios que no tengan otros grupos médicos. (F1, A1) 2. Generar una mayor cantidad de ingresos hospitalarios para procedimientos quirúrgicos o de intervencionismo. (F3, F4, A2) 3. Evitar conflictos de interés y escalar los acuerdos de colaboración con los altos mandos de los hospitales. (F4, A3) 4. Generar alianzas con proveedores y hospitales para disminuir costos y hacer más accesible el servicio (F4, A4) 	<p>ESTRATEGIAS DA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer una nueva sucursal de la empresa en un hospital en el que aún no haya un grupo médico de cardiología. (D1, A1) 2. Establecer una nueva sucursal de la empresa en un hospital en el que los médicos ya estén credencializados. (D3, A2) 3. Establecer una nueva sucursal de la empresa en otra ciudad. (D4, A1, A4) 4. Buscar colaboración con otros grupos médicos y ofrecerles los servicios que ellos no brindan. (D2, A3)

Tabla V. Matriz FODA de la empresa. Fuente: elaboración propia.

8.1.4 Objetivos de la empresa

Con el cambio en el modelo de negocio que se generó en la empresa, el director buscó alcanzar los siguientes objetivos:

- Brindar en Puebla atención de alta especialidad a pacientes con enfermedad cardiovascular
- Retener al paciente y darle seguimiento adecuado
- Posicionar al grupo creado como líder en la prestación de servicios médicos cardiovasculares
- Atender pacientes del sureste del país
- Expandir el servicio médico a otros hospitales y/o ciudades

8.1.5 Generación, evaluación y selección de estrategias

Para llevar a cabo la generación, evaluación y selección de estrategias se realizó un análisis de factores internos utilizando como herramienta la Matriz Estratégica de Factores Internos (MEFI). Así mismo, se realizó un análisis de factores externos utilizando como herramienta la Matriz Estratégica de Factores Externos (MEFE). Ambas matrices se muestran a continuación:

Tabla VI. Análisis de factores internos

MEFI			
Factor Clave	Peso	Calificación	Calificación Ponderada
FORTALEZAS			
1. Capacidad para ofrecer procedimientos diferentes a los de la competencia.	0.2	5	1
2. Equipo completo de profesionales en cirugía cardiaca pediátrica.	0.15	5	0.75
3. Cantidad suficiente de integrantes para atender a los pacientes en cualquier momento.	0.1	3	0.3
4. Médicos capacitados y con más de diez años de experiencia, así como otros profesionales de la salud y personal administrativo ordenado bajo una estructura organizacional.	0.05	3	0.15
Subtotal FORTALEZAS	0.5	-	2.4
DEBILIDADES			
1. La empresa aún no cuenta con un consultorio para el grupo médico.	0.2	2	0.4
2. El grupo médico es de reciente creación.	0.05	2	0.1

3. No todos los médicos están			
credencializados en todos los hospitales privados de la ciudad.	0.2	2	0.4
4. Presupuesto reducido para adquirir por compra o renta nuevos consultorios.			
	0.05	2	0.1
Subtotal DEBILIDADES	0.5	-	1
TOTAL	1	-	3.2

Tabla VI. Análisis de factores internos (Fuente: Elaboración propia)

Tabla VII. Análisis de factores externos

MEFE			
Factor Clave	Peso	Calificación	Calificación Ponderada
OPORTUNIDADES			
1. Aumento en la demanda debido al retraso en la atención médica en instituciones públicas debido a la lentitud en los procesos.			
	0.1	2	0.2
2. Aumento en la demanda debido a la epidemiología creciente de las enfermedades cardiovasculares.			
	0.15	3	0.45

3. Escases de centros de atención médica de alta especialidad en estados cercanos.	0.1	3	0.3
4. Aumento en el turismo médico en Puebla	0.15	4	0.6
Subtotal OPORTUNIDADES	0.5	-	1.55
AMENAZAS			
1. Existen grupos de cardiología con un mayor tiempo en el mercado.	0.05	1	0.05
2. Se depende de la aprobación de un hospital para establecerse en el mismo.	0.2	2	0.4
3. En algunos hospitales existen conflictos de interés que no permiten la libre y sana competencia en el sector.	0.2	2	0.4
4. El alto precio en los servicios y el bajo ingreso familiar reduce el mercado potencial.	0.05	1	0.05
Subtotal AMENZAS	0.5	-	0.9
TOTAL	1	-	2.45

Tabla VII. Tabla VIII. Análisis de factores externos. (Fuente: Elaboración propia)

La matriz externa-interna (MEI) es una herramienta de gestión para la formulación de estrategias que utiliza la puntuación obtenida en la MEFI y la MEFE para realizar un análisis cruzado al generar vectores perpendiculares; la intersección obtenida al situarse en alguno de los cuadrantes indica la dirección que debe seguir la empresa para establecer sus estrategias.

La matriz IE se basa en dos dimensiones clave: los totales ponderados del eje de factores internos (EFI) en el eje x y los totales ponderados del eje de factores externos (EFE) en el eje y.

Como ya se mencionó, para cada división debe preparar una MEFE y MEFI. A continuación se presenta la matriz MEI de la empresa y los factores considerados al realizarla.

Figura 23. Factores a considerar sobre el análisis realizado con una MEI.

Calificaciones			Cuadrante	Recomendación
Rango de Valores	MEFI	MEFE		
1.0-1.99	Débil	Bajo	I	Crecer y construir
			II	Crecer y construir
2.0-2.99	Promedio	Intermedia	III	Retener y mantener
3.0-4.00	Fuerte	Alta	IV	Crecer y construir
			V	Retener y mantener
			VI	Cosechar o desinvertir
			VII	Retener y mantener
			VIII	Cosechar o desinvertir
IX	Cosechar o desinvertir			

Figura 23. Rango de calificaciones y cuadrantes para MEFI y MEFE. Fuente: elaboración propia.

Crecer y construir: Integración hacia atrás, hacia adelante u horizontal; penetración de mercado; desarrollo de mercado; desarrollo de producto.

Retener y mantener: Penetración de mercado; desarrollo de producto.

Cosechar o desinvertir: Recorte de gastos; recolección de activos (desinversión); abandono de mercado.

Figura 24. Matriz de factores internos y externos

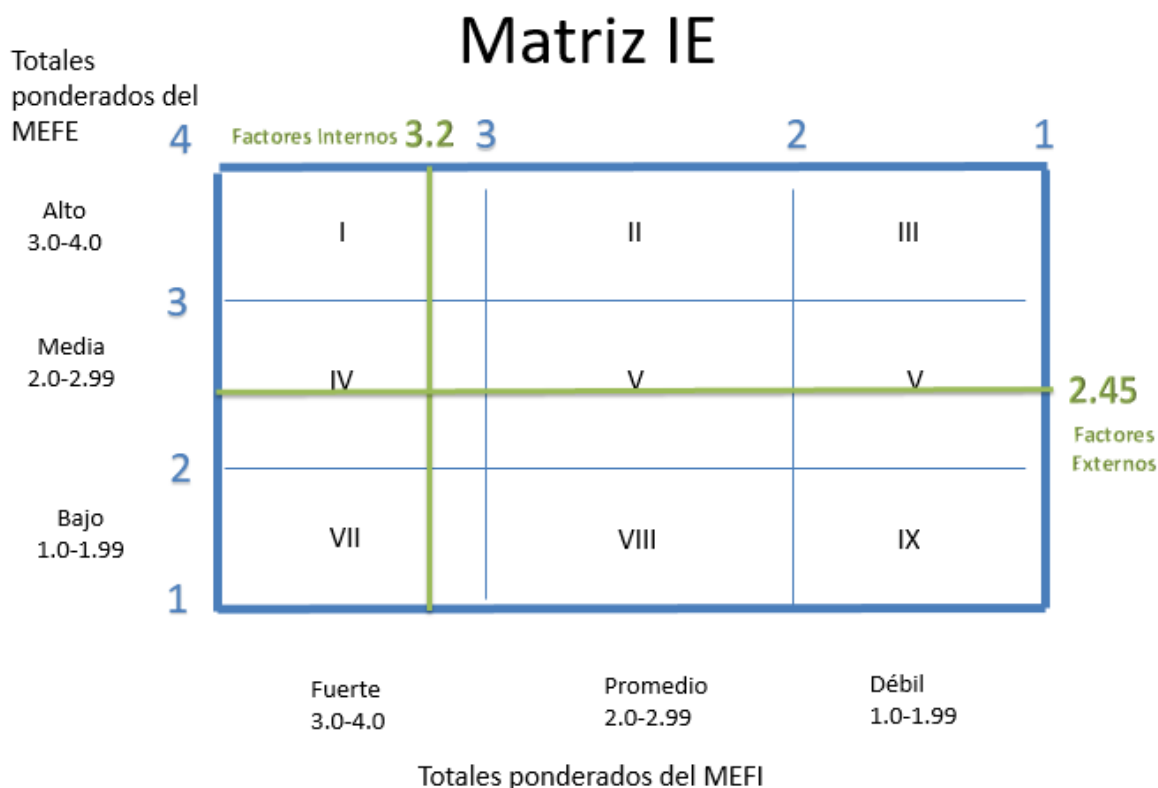


Figura 24. Matriz de factores internos y externos. Fuente: elaboración propia.

Dado que los resultados de la matriz MEI colocaron a la empresa en el cuadrante IV, lo ideal para ella es crecer y construir, por lo tanto las estrategias deben estar encaminadas a la penetración y desarrollo del mercado y desarrollo de productos.

Con el fin de alcanzar los objetivos establecidos por el director y con base en los resultados de las herramientas de gestión utilizadas en las auditorías externa e interna, se generaron estrategias que se pusieron a criterio del director. A continuación, se enlistan nueve de las estrategias seleccionadas para ser

implementadas que fueron evaluadas de manera cuantitativa gracias a la construcción de indicadores clave de desempeño (KPI).

- ✓ Formación de un grupo médico con diferentes especialistas
- ✓ Promoción del servicio: Creación de página web y redes sociales.
- ✓ Lanzamiento de campaña de ECG a domicilio
- ✓ Contratación de servicio de plataforma electrónica de directorio médico de especialistas.
- ✓ Asistencia a ferias de salud (4)
- ✓ Visitas a médicos generales y de otras especialidades para promocionar el servicio.
- ✓ Visitas a clínicas pequeñas dentro de la ciudad de Puebla para promocionar el servicio.
- ✓ Credencializar a los médicos del grupo en todos los hospitales privados que cuenten con instalaciones para realizar procedimientos médico-quirúrgicos cardiovasculares.
- ✓ Solicitar consultorios médicos para el grupo en el mismo hospital o en otro hospital privado.

Por otro lado, se generaron e implementaron estrategias que, a pesar de no ser medibles de manera directa con indicadores, funcionaron como coadyuvantes para generar resultados cualitativos. A continuación se enuncian estas estrategias y los resultados cualitativos que se obtuvieron.

Sesiones de casos

Establecer sesiones de casos para pacientes que requieran procedimientos quirúrgicos, de intervencionismo o híbridos que requieran la participación de más de un especialista o subespecialista.

En el periodo comprendido entre el primero de junio de 2018 y treinta y uno de mayo de 2019 se sesionaron cinco casos de elevada complejidad y se presupuestó el precio para cada intervención. De éstos, se llevaron a cabo 3. Uno con cirugía cardíaca mínimamente invasiva, otro con procedimiento híbrido (intervencionismo y cirugía) y un tercero con cirugía cardíaca convencional.

Imagen corporativa

Crear una imagen corporativa es útil para dar sentido de pertenencia a los miembros de la empresa y proyectar al público una buena imagen que transmita unidad, colaboración y profesionalismo.

Como parte de esta estrategia se diseñaron e hicieron uniformes, plantillas de presentaciones, logo y slogan para consultorio, promocionales, fotos con diseño de marco para uso en redes sociales, recetas, sobres, hojas membretadas, dominio de correos, tarjetas de presentación y algunos promocionales.

Plan de comunicación

Generar un plan de comunicación integral de marketing que incluyó:

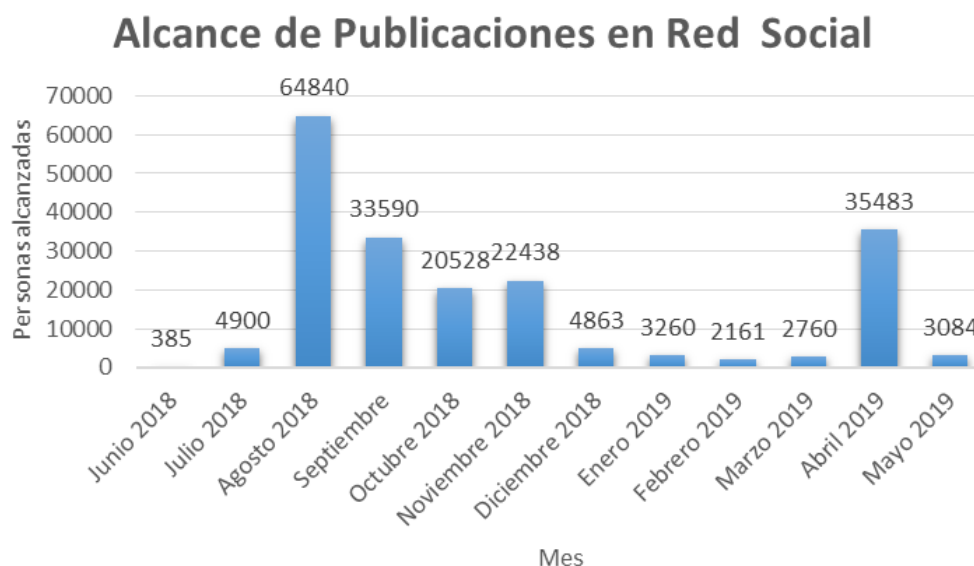
- a) Difusión en página web y redes sociales para cada integrante del equipo de profesionales de la salud que los identificara como miembros de la empresa.

- b) Difusión en página web y redes sociales de procedimientos quirúrgicos o de intervencionismo y sus resultados en los pacientes
- c) Generación de alianzas estratégicas con órganos colegiados, asociaciones civiles y sociedades inmersas en el ámbito de la salud cardiovascular o áreas afines.

En el periodo de intervención se tuvo participación en un total de diez eventos de salud (ferias, congresos, simposios, talleres) con conferencias impartidas por los diferentes profesionales de la salud colaboradores de la empresa.

Se logró la afiliación de seis médicos del grupo que aún no pertenecían al Colegio Poblano de Cardiología, con ello, todos los especialistas del grupo, excepto los anestesiólogos e intensivistas, se convirtieron en miembros de dicho colegio.

A continuación, se presentan los resultados de las publicaciones en la red social donde se tuvo mayor impacto.



Gráfica L. Alcance de publicaciones en Red Social por meses durante el periodo de intervención. Fuente: elaboración propia.

8.2 Implantación de la estrategia

8.2.1 Áreas de intervención

Las áreas de la empresa en las que se implementaron las estrategias fueron la administrativa, de operaciones y de marketing.

Las estrategias implementadas se dividen en dos grupos a) estrategias de mejora del servicio; b) estrategias de promoción del servicio.

Las primeras estuvieron encaminadas a la ampliación de servicios ofrecidos con la inclusión de un mayor número de médicos con diferentes especialidades y aprovechar los recursos subutilizados en la empresa; generar un mayor alcance con relación a la cantidad de hospitales en los que se pudiera brindar servicio a los pacientes.; y ofrecer servicios que diferenciaron a la empresa de la competencia. El segundo grupo de estrategias estuvieron enfocadas a la promoción de la empresa y sus servicios a través de diferentes medios de comunicación.

8.2.2 Descripción de actividades

Para la planeación de las actividades se utilizó la herramienta de gestión del diagrama de Gantt. Resulta importante mencionar que, aunque durante la planeación se establecen tiempos estimados y objetivos proyectados, en la realidad, existieron factores externos que retrasaron o impidieron el cumplimiento de la agenda inicial.

En la práctica, para cumplir un objetivo se puede necesitar más de una estrategia, estas están interrelacionadas y diseñadas para funcionar en sinergia. Para la implementación de cada estrategia son necesarias varias tareas sencillas de gestión que a su vez forman parte de una actividad de mayor complejidad. En

esta intervención, por ejemplo, fueron necesarias diferentes actividades que impactaron en más de una estrategia. El modelo de gestión estratégica, al ser integral para la empresa interrelaciona estrategias y actividades que están encaminadas al mismo objetivo. (Gerry J, 2001)

A continuación, se describen las actividades principales que se realizaron para la implementación de cada una de las estrategias.

8.2.2.1 Estrategias de mejora del servicio.

8.2.2.1.1 Formación de un grupo médico con diferentes especialistas.

Establecimiento de perfiles de puesto

Para realizar una adecuada selección de personal y obtener una buena relación persona-puesto es necesario tener conocimiento de ambas partes. El análisis del puesto de trabajo es un medio básico en la gestión de empresas y organizaciones que deriva en un perfil del cargo, que es la descripción de las cualidades, habilidades, conocimientos, competencias y atributos que debe poseer el candidato elegido. El perfil establece quién puede y quién no puede ejecutar el cargo en de acuerdo a los conocimientos, preparación, títulos, experiencia, etc. (Fernández, 1995)

Los objetivos del análisis del puesto de trabajo en la selección de personal son:

- *Definir las necesidades reales*
- *Identificar las tareas realizadas*
- *Diseñar la forma de convocatoria*
- *Adaptar las necesidades a la estructura*
- *Definir las características del candidato ideal (López, 2002)*

Con base en la cantidad y tipos de servicio que pretendía brindar se definieron las especialidades de los médicos integrantes del grupo. Posterior a ello, para el reclutamiento y selección de los cirujanos e intervencionistas se realizaron visitas de campo para buscar a los posibles candidatos de acuerdo a la cantidad y tipo de procedimientos realizados y los resultados positivos en los pacientes.

Las especialidades de los médicos que se buscaron son:

- ✓ Cirujano cardiorácico pediátrico
- ✓ Cardiólogo clínico pediatra
- ✓ Cardiólogo intervencionista
- ✓ Cirujano cardiorácico adultos
- ✓ Anestesiólogo cardiovascular
- ✓ Anestesiólogo pediatra
- ✓ Intensivista pediatra
- ✓ Angiólogo y cirujano vascular
- ✓ Cardiólogo clínico adultos
- ✓ Cardiólogo Ecocardiografista
- ✓ Cardiólogo electrofisiólogo
- ✓ Intensivista adultos

Otros profesionales de la salud que fueron considerados son:

- ✓ Instrumentista de hemodinámica
- ✓ Enfermera instrumentista
- ✓ Enfermero perfusionista
- ✓ Ingeniero Biomédico

Mapa de nodos

Como herramienta de apoyo para esta tarea se realizó un mapa de nodos, cuyo hub estaba conformado por el director médico y el gerente administrativo. Los nodos se asignaron a cada prospecto y se agruparon en los hospitales tanto públicos como privados a los que pertenecían. La unión entre los nodos se hizo de acuerdo al tipo de relación (positiva, negativa, neutra o inexistente) que había entre el hub y cada nodo, así como entre los nodos. Aquellos nodos que presentaban mayor número de conexiones positivas fueron los que se tomaron en cuenta como los mejores prospectos iniciales. Una vez identificados los mejores prospectos se hizo un primer acercamiento para hacer la invitación al grupo.

Creación del grupo

El primer paso para la formación de este grupo consistió en reuniones del personal administrativo de la empresa con el director médico para entender su visión de la empresa a futuro. Esta visión se transmitió a los candidatos y en los casos que hubo interés se realizó la gestión de reuniones entre el director médico y los candidatos que reunieron las suficientes capacidades y actitudes para integrarse al equipo.

Los médicos fueron evaluados por la gerencia como primer filtro con base en su currículum extenso, experiencia y habilidades técnicas. En un segundo filtro fueron entrevistados por dirección y seleccionados según sus habilidades blandas.

Las habilidades blandas o transversales son nuevas exigencias laborales. Estos talentos se han convertido en un elemento vital para evaluar a los candidatos. Son destrezas subjetivas e intangibles tales como el liderazgo, comunicación,

tranquilidad en los momentos de presión en el trabajo, empatía, entre otros. (Arroyo, 2012)

Los médicos que estuvieron interesados en el concepto y decidieron incorporarse al grupo fueron incluidos en las primeras reuniones ejecutivas donde se explicó a fondo la dinámica de trabajo y los beneficios que obtendrían al integrarse al servicio.

8.2.2.1.2 Inclusión de servicio de ECG a domicilio.

Una de las premisas con las que se trabajó fue aprovechar los recursos con los que ya contaba la empresa y maximizar su eficiencia; esto incluye los recursos tecnológicos, humanos y materiales.

Un activo con el que contaba la empresa que se encontraba desaprovechado era un equipo digital inalámbrico para la toma de electrocardiograma que permitía conexión vía bluetooth con dispositivos portátiles como un celular o una tableta. Este equipo a pesar de ser nuevo y encontrarse en perfectas condiciones, no se había utilizado debido al desconocimiento de la configuración para su uso.

Gracias a los conocimientos del área de ingeniería biomédica del personal, se logró hacer funcionar el equipo y con esto se generó la capacidad para brindar el servicio de toma de electrocardiograma a domicilio para pacientes que tienen alguna condición que les limita el movimiento y dificulta su traslado al consultorio.

Otra ventaja de esta tecnología es que la capacitación para su uso es sencilla y no necesita ser un médico quien tome el estudio. Al ser digital, el registro se genera y se almacena en el dispositivo en diferentes formatos electrónicos que

facilitan el manejo del estudio y permiten enviarlo de manera inmediata al médico especialista para su interpretación.

Este servicio permite a la empresa incursionar en un nicho de mercado que tiene un potencial considerable de crecimiento, puesto que la competencia no lo está atendiendo y la necesidad existe.

De los pacientes a los que se les brindó este servicio, uno tiene discapacidad intelectual y edad avanzada; otro tiene su cardiólogo de cabecera en la ciudad de México y solicitó el estudio para enviárselo a su médico; la última tuvo malestar en día festivo y no encontró algún consultorio abierto, además de tener también una edad avanzada y estar indispuesta para salir de su hogar.

Estos pacientes atendidos y la gestión de los recursos tecnológicos y humanos disponibles para su mayor aprovechamiento sentaron precedente para que posterior a ello se realizaran un par de consultas por videoconferencia y la toma de un estudio Holter a un paciente neonato que se encontraba en cuidados intensivos en un hospital privado diferente al de la sede de la empresa.

Este producto permite a la empresa incursionar en un nicho de mercado que tiene un potencial considerable de crecimiento puesto que no está siendo atendido por la competencia; hace el servicio más accesible para pacientes con alguna discapacidad o limitación para transportarse y lo vuelve personalizado haciéndolo llegar hasta donde estén. Por otro lado, facilita la interacción entre médico y paciente cuando uno o ambos se encuentran en situaciones que dificultan o impiden una consulta presencial. De cierta forma, es un producto que permite acercar al paciente con el médico a través de la tecnología, llevando a la realidad el principio básico de la Telemedicina. (Subsecretaría de Innovación y Calidad SSA, 2002)

8.2.2.1.3 Credencialización.

La credencialización es un proceso administrativo propio de los hospitales privados de prestigio. Consiste en la inscripción del médico al padrón del hospital; los requisitos varían dependiendo del hospital, pero en general coinciden con el currículum completo del médico y sus documentos oficiales de respaldo. Algunos solicitan cartas de recomendación y varias entrevistas para ser aceptados mientras que para otros el cumplir con la entrega de documentos es suficiente.

El expediente (curriculum vitae completo con documentos de respaldo) que se crea a cada médico para este procedimiento administrativo incluye:

- ✓ Título de medicina general
- ✓ Cédula profesional de medicina general
- ✓ Títulos de especialidades
- ✓ Cédulas de especialidades
- ✓ Certificación de especialidad
- ✓ Identificación oficial
- ✓ CURP
- ✓ RFC
- ✓ Póliza de seguro de responsabilidad profesional.

La recopilación de los documentos fue gestionada a través de correo electrónico y en otras ocasiones, entregada de forma impresa por los propios médicos.

Credencializar a los médicos del grupo en todos los hospitales privados que cuentan con instalaciones para realizar procedimientos médico-quirúrgicos

cardiovasculares fue una prioridad en las estrategias debido a que, de no estar registrado en el hospital, un médico no puede realizar procedimientos en quirófano ni ser candidato para tener un consultorio.

Poder intervenir a un paciente en el hospital que sea de su agrado o que se ajuste a su presupuesto permite brindar un servicio de mayor alcance, flexible y adaptable a cada caso, así mismo, el paciente percibe el servicio como personalizado y le genera una mayor comodidad. Es una forma de brindar portabilidad en el servicio en el ámbito de la salud privada. Es decir, llevar a cabo una *customización*, que de acuerdo a Vedriel y Tuñón:

Es un concepto económico por el cual un producto, servicio o cualquier tipo de contenido de información puede ser disecionado en diversos componentes para que el consumidor pueda seleccionar sus preferencias, entre diferentes opciones, y confeccionar de esta forma un producto, servicio o contenido a medida. (Vedriel y Tuñón, 2011)

La credencialización es el primer paso para establecer una relación profesional entre médico y hospital. Los hospitales privados de prestigio cuentan con mesas directivas o comités que están conformados por médicos que pertenecen al padrón. En algunos casos estar credencializado es suficiente para ser considerado en los eventos del hospital que están dirigidos a los médicos, tales como conferencias, congresos, convivencias o celebraciones, así como tener autorización para el uso de las instalaciones del hospital, desde quirófanos hasta auditorios. En otros casos, es necesario pagar una cuota de inscripción a la red de médicos del hospital, además para gozar de beneficios como aparecer en el directorio de la página oficial del hospital o el uso de instalaciones recreativas se debe tener asignado un consultorio y pagar su renta puntual. Depende de las

políticas de cada hospital, algunos beneficios son parciales o totales, con o sin pago de cuota o incluso con el compromiso de hospitalizar a un número de pacientes que generen una cuota mensual mínima de ingresos económicos al hospital.

Debido a que como se ha mencionado anteriormente, en un hospital privado las partes implicadas en la prestación de un servicio de salud son agentes independientes (reciben pago por sus servicios de manera separada), el mayor beneficio que puede obtener el médico por parte de un hospital en el que está credencializado es ser incluido en su rol de guardias y/o tener prioridad para atender pacientes de urgencia que necesitan de sus servicios, generalmente por las noches, fines de semana y días festivos; puesto que el hospital se convierte en un referidor de pacientes.

8.2.2.1.4 Ampliación de instalaciones de la empresa.

La matriz de la empresa cuenta con un consultorio, que es el del Director Médico, debido a la inclusión de un mayor número de especialistas, nace la necesidad de ampliar las instalaciones.

La estrategia inicial fue solicitar consultorios médicos para el grupo en el mismo hospital, sin embargo, existía un conflicto de intereses en el área directiva del hospital ya que el Director Médico es cardiólogo intervencionista y consideró a la empresa como una competencia directa así que los consultorios le fueron negados a la empresa.

La intención de ampliar las instalaciones de la empresa continuó en pie, así que se hizo uso del Networking para buscar otro hospital privado que estuviera interesado en generar una alianza estratégica y consolidar en sinergia el proyecto

para brindar un servicio médico integral para pacientes con enfermedad cardiovascular en sus instalaciones.

Para lograr esta alianza estratégica se diseñó la propuesta de un plan colaborativo donde la premisa fuera ganar-ganar; tomando en cuenta a la empresa, el proveedor de insumos, el hospital y sobre todo al paciente.

El documento del plan colaborativo es de carácter confidencial. Sin embargo, de manera general se buscó establecer acuerdos para hacer más accesible el precio de la atención médica, los servicios hospitalarios y los insumos utilizados en los procedimientos quirúrgicos.

El plan colaborativo del proyecto se centró en:

- a) Ofrecer al hospital un servicio médico cardiovascular integral con médicos certificados y capacitados en procedimientos de vanguardia en su especialidad. Poner a disposición del hospital el conocimiento de los médicos para el apoyo en casos complicados de su especialidad y la difusión de los servicios brindados en el hospital.
- b) Solicitar al hospital esquemas de precios y pagos que se ajustaran al presupuesto de cada paciente. Así como una atención preferencial para los mismos.
- c) Establecer acuerdo con una empresa distribuidora de dispositivos médicos para que brindaran al hospital precios preferenciales y apoyo en la educación continua de los médicos.
- d) Brindar al paciente una atención personalizada, un tratamiento acorde a su padecimiento y un presupuesto que considere su capacidad de pago.

Este plan fue compartido en una presentación ejecutiva a cada uno de los hospitales privados de la ciudad que cuentan con las instalaciones adecuadas para brindar un servicio de atención médica cardiovascular (cinco), así como algunas empresas distribuidoras de dispositivos médicos (cuatro). Uno de los hospitales y uno de los proveedores, ambos de reciente creación accedieron a formar alianzas estratégicas. Esta alianza estratégica se consolidó con un hospital privado de la ciudad, así como una empresa de distribución de dispositivos médicos, ambos de reciente creación.

El trabajo colaborativo generó una sinergia que permitió el crecimiento de las tres partes implicadas y el beneficio de aquellos pacientes que han sido atendidos bajo este esquema.

Figura 25. Polígonos de principales hospitales privados

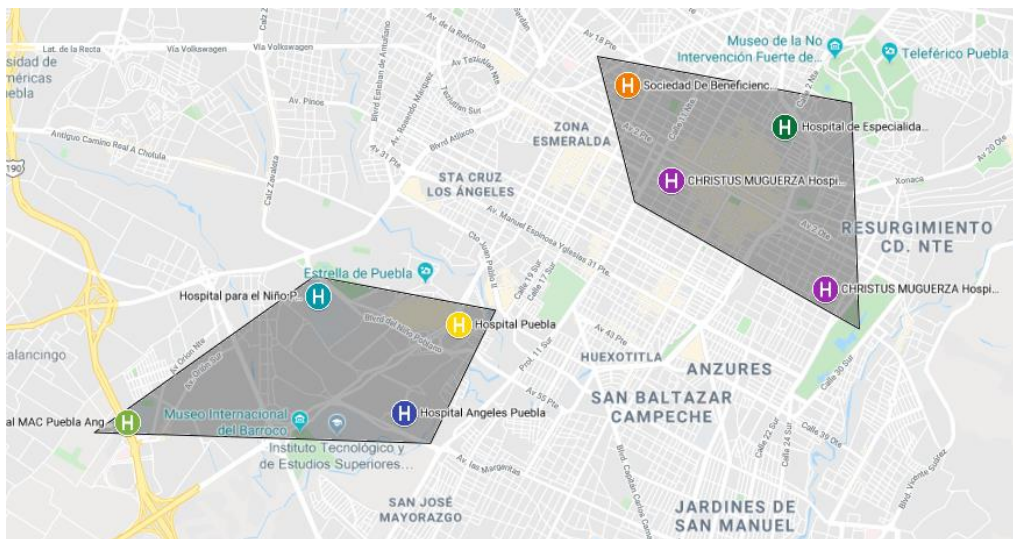


Figura 25. Polígonos de principales hospitales privados con instalaciones óptimas para el establecimiento de una nueva sucursal de la empresa. Fuente: Google maps

8.2.2.2 Estrategias de promoción del servicio.

El plan de comunicación integral de marketing, integra una variedad de disciplinas de comunicación, como la publicidad, relaciones públicas, promoción y marketing directo; combina conceptos de estas disciplinas para proporcionar claridad, consistencia y el máximo impacto en el mercado.

Para realizar este plan se analizó el entorno de la empresa y se estudiaron los antecedentes, se establecieron los objetivos y se estudió el público objetivo. Se definió el mensaje, se trazaron las estrategias, se establecieron acciones, se ejecutaron y se monitorizaron.

En este caso, la dirección de la empresa eligió estrategias de comunicación en medios electrónicos y marketing directo, las cuales se especifican a continuación.

8.2.2.2.1 Creación de página web y redes sociales.

Para la creación de la página web se procedió a contactar a una empresa especializada. Se compró el dominio y se generó la página con la descripción de la empresa, los servicios ofrecidos y los médicos del grupo. Una de las facilidades que brinda la página es poder contactar vía mensajería instantánea con el administrador para resolver dudas o agendar una cita.

Por otro lado, se generaron los perfiles en tres redes sociales y se comenzó con la difusión de imágenes de los integrantes del grupo médico, de algunos casos quirúrgicos y de intervencionismo, así como infografías sobre las enfermedades cardiovasculares.

8.2.2.2 Contratación de servicio de plataforma electrónica de directorio médico de especialistas.

Hoy en día existen diferentes plataformas que se dedican a la creación y difusión de directorios de médicos especialistas y subespecialistas.

Dado que durante la primera etapa del modelo de gestión se estudió el entorno de la empresa; se identificó que la competencia tenía presencia en estas plataformas electrónicas especializadas. Debido a ello, el director de la empresa solicitó evaluar a algunos proveedores de estos servicios.

En una de las primeras reuniones ejecutivas de la empresa, se planteó a los médicos la estrategia de la adquisición de este servicio y se acordó su contratación. Después de algunas entrevistas con los diferentes proveedores se eligió a uno de ellos y se realizó la gestión necesaria para la generación, llenado y firma del contrato para su posterior pago.

8.2.2.3 Asistencia a ferias de salud.

Gracias a la relación que se estableció con un par de universidades privadas de la ciudad, se acordó la participación en algunos de sus eventos. En total se participó en cuatro ferias de la salud en las que se tuvo contacto con alumnos, profesores y empleados de dichas universidades y se promocionaron los servicios con conferencias, proyección de videos, toma de signos vitales y electrocardiogramas.

8.2.2.2.4 Visitas a médicos generales y de otras especialidades para promocionar el servicio.

El personal encargado de la promoción también realizó marketing directo mediante visitas a médicos generales que tuvieran un alto flujo de pacientes con factores de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares, así como a médicos con otras especialidades relacionadas como reumatólogos, neumólogos, neonatólogos, geriatras y angiólogos. Se visitaron un total de 30 médicos.

Un acuerdo interesante de colaboración que surgió de estas visitas fue con un centro de atención psicológica y psiquiátrica para referenciar pacientes, ya que algunos casos de crisis de ansiedad se pueden confundir con ataques cardíacos y viceversa.

8.2.2.2.5 Visitas a clínicas pequeñas dentro de la ciudad de Puebla para promocionar el servicio.

Por otro lado, se identificó a clínicas privadas que ofrecieran servicios de primer y segundo nivel de atención y pudieran estar interesadas en convertirse en centros referenciadores para los servicios de la empresa.

Se habló con los directores y administrativos de estas clínicas y se ofrecieron acuerdos colaborativos en donde ambas partes resultaran beneficiadas. Se visitó un total de 15 clínicas.

Figura 26. Polígonos de ubicación de las clínicas visitadas

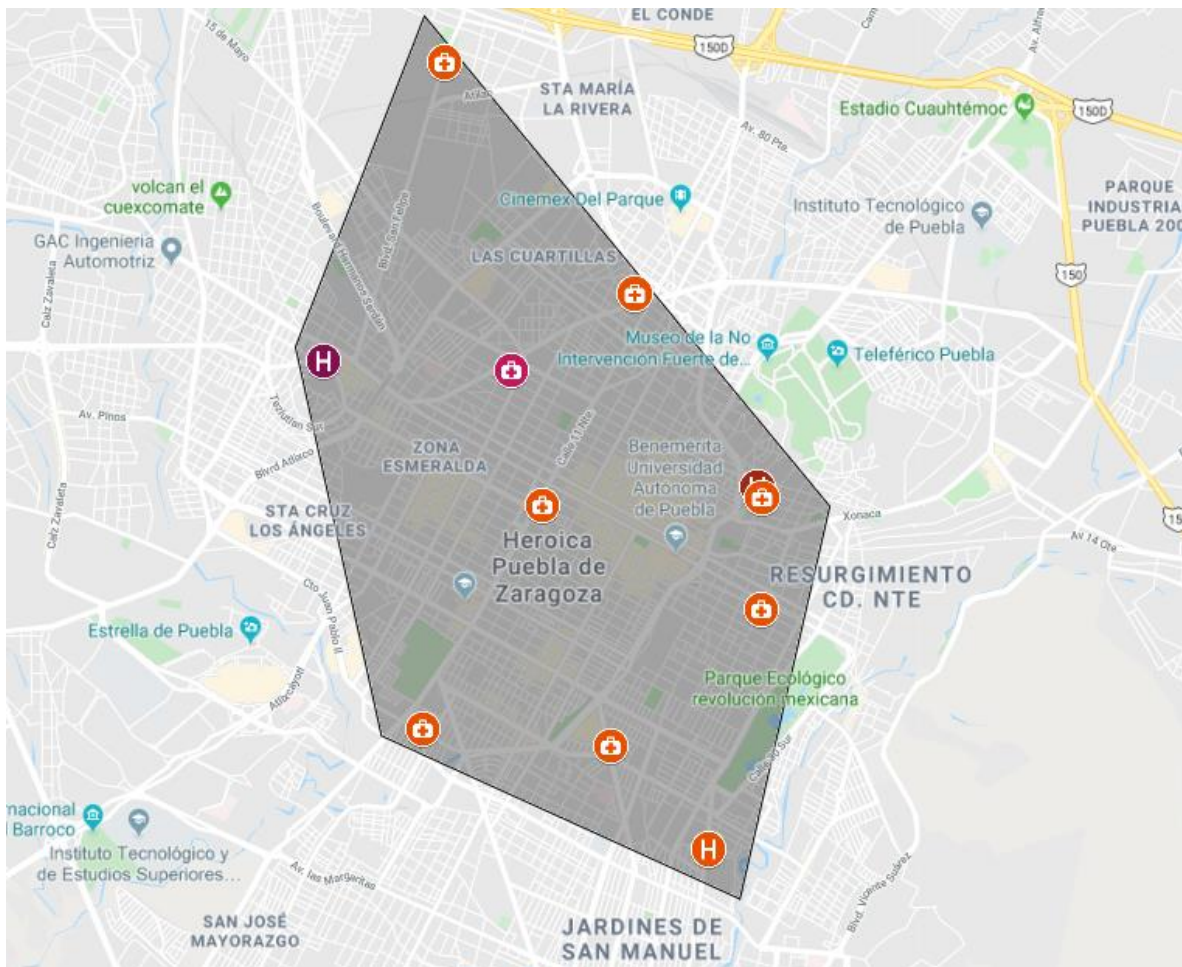


Figura 26. Polígono de ubicación de las clínicas visitadas para promocionar el servicio. Fuente: Google mapas

8.3 Evaluación de la estrategia

8.3.1 Indicadores clave de desempeño

En la siguiente tabla se muestran los objetivos que buscó alcanzar la empresa, las estrategias que estuvieron encaminadas a lograr dichos objetivos y los indicadores que se crearon para cada una de ellas. Se muestra el resultado de ambos periodos observados y se menciona el crecimiento en puntos porcentuales que se tuvo en cada uno de los indicadores claves de desempeño.

Tabla VIII. Objetivos, estrategias e indicadores clave de desempeño.

Objetivo	Estrategias	Indicadores	KPI	KPI
			junio	Junio
			2017-	2018-
			mayo	mayo
			2018	2019
Brindar en Puebla atención de alta especialidad a pacientes con enfermedad cardiovascular	Formación de un grupo médico con diferentes especialistas	Promedio de procedimientos mensuales en cada año.	1.33	3.16
		Promedio de consultas médicas semanales	15.5	20.65
				(137.59 % más)
Retener al paciente y darle seguimiento		Promedio de consultas subsecuentes anuales	2.11	2.48
				(17.53% más)
Posicionarse como grupo líder en la prestación de	Promoción del servicio:	Porcentaje de pacientes referidos por	.62 %	1.84%
				(196.77 % más)

servicios médicos	estos medios			
cardiovasculares	por año			
Creación de	Número de	0	1365	
página web y	seguidores y		seguidore	
redes sociales	alcance		s.	
	promedio de las		1330.81	
	publicaciones.		personas	
Lanzamiento de	Cantidad de	0	3	
campana de ECG	ECG a domicilio			
a domicilio	realizados			
Contratación de	Servicios	1	4	
servicio de	solicitados a			
plataforma	través de estos			
electrónica de	medios			
agenda médica				
Asistencia a ferias	Pacientes	0	0	
de salud (4)	captados			
Atender pacientes	Visitas a médicos	Cantidad de	30	43 (43.33
del sureste del		referidores		% más)
país	Visitas a clínicas	Porcentaje de	2.51	1.34 %
		pacientes	%	
		foráneos		

Expandir el servicio médico a otros hospitales y/o ciudades	Credencializar a los médicos en otros hospitales	Porcentaje de procesos de credencialización completados	20.8 %	62.5%
	Solicitar consultorio en otro hospital privado	Cantidad de sedes del servicio	1	3

Tabla VIII Objetivos, estrategias e indicadores clave de desempeño. Fuente: elaboración propia.

8.3.2 Medición del rendimiento

Para la medición del rendimiento se construyeron indicadores claves de desempeño con las variables obtenidas de la base de datos generada. A continuación, se presentan las mediciones basales de los indicadores generados con los datos recopilados de la población de estudio.

Tabla IX. Mediciones basales de los indicadores clave de desempeño

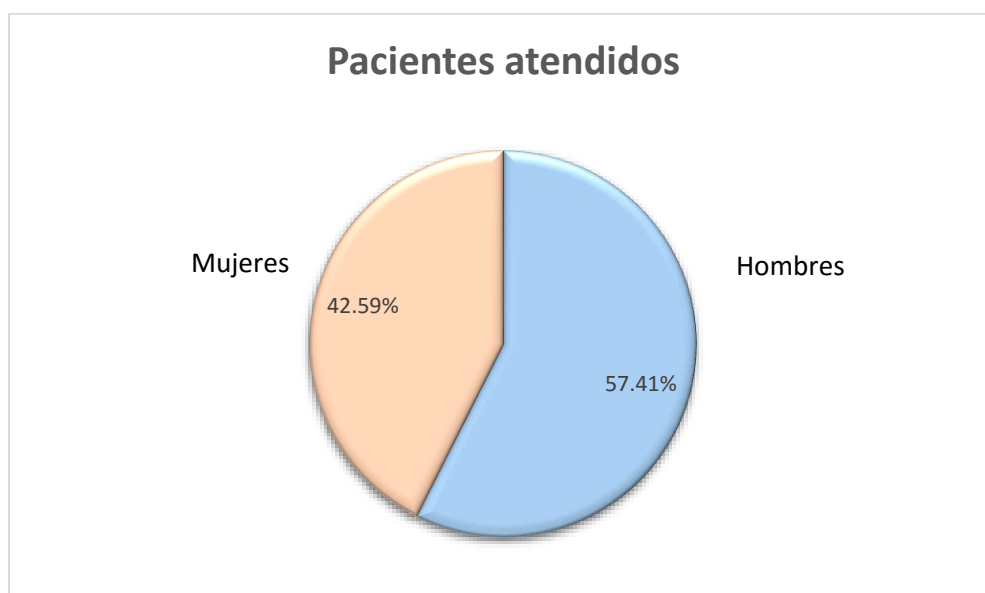
Total de pacientes	440
Total de servicios	1108
Promedio servicios subsecuentes	2.51
Promedio servicios semanales	20.51
Total de pacientes foráneos	14
Porcentaje de pacientes foráneos	3.4
Pacientes referidos de Internet	6
Porcentaje de pacientes foráneos	1.36
Total de médicos referidores	20

Total otros referidores	49
Promedio mensual de procedimientos	1.33
Promedio diario de consultas canceladas	2.74
Promedio diario de consultas realizadas	3.72

Tabla IX. Mediciones basales de los indicadores clave de desempeño. Fuente: elaboración propia.

A continuación, se presentan los resultados de las variables de los pacientes atendidos durante este periodo en cuanto a sexo y edad.

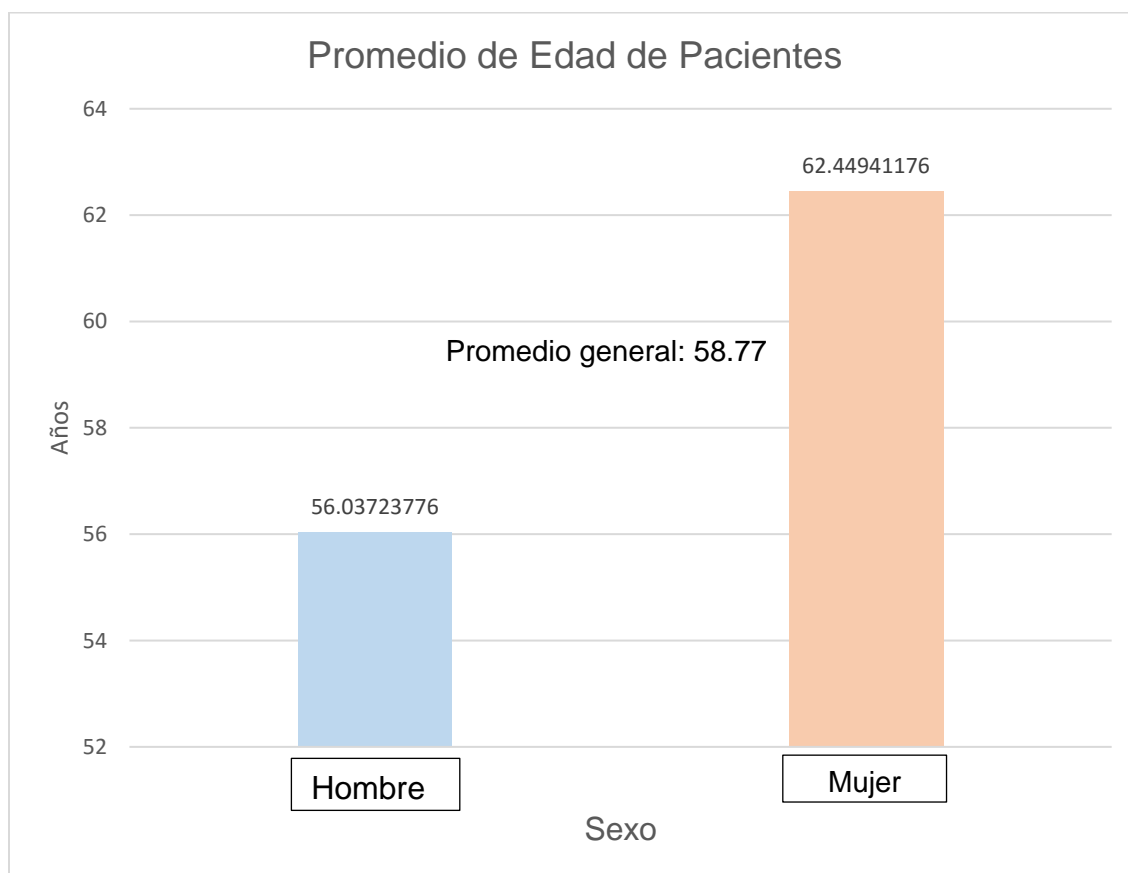
De los 440 pacientes atendidos en el primer periodo observado, el 42.59% fueron mujeres y el 57.41% fueron hombres, siendo éstos últimos la mayoría.



Gráfica M. Porcentaje de pacientes atendidos por sexo en primer periodo. Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la edad de estos pacientes, los hombres cuentan con un promedio de 53.06 años y las mujeres con un promedio de 62.44. El promedio general el de 58.77 años. Observamos en el promedio general que el dato concuerda con la literatura en cuanto a la prevalencia de los padecimientos cardiovasculares alrededor de los 60 años de edad. (INEGI, 2016) Así mismo,

observamos que el que los hombres presenten un promedio menor al de las mujeres puede indicar una aparición de los padecimientos cardiovasculares a una edad más temprana que las mujeres. Por otro lado, también puede ser indicador de una esperanza de vida mayor para las mujeres con enfermedad cardiovascular o un mayor interés al que presentan los hombres en el cuidado de su salud pues la diferencia es casi de diez años.



Gráfica N. Promedio de edad de los pacientes por sexo en primer periodo. Fuente: elaboración propia.

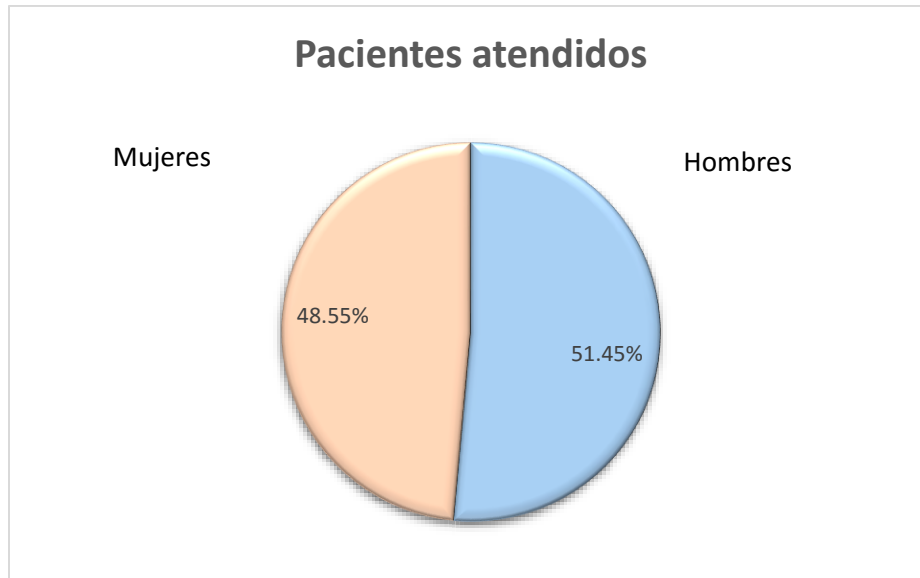
A continuación, se presentan los indicadores del segundo periodo observado, así como las variables de sexo y edad de los pacientes atendidos.

Tabla X. Mediciones de los indicadores clave de desempeño posterior a la intervención

Total de pacientes	560
Total de servicios	1451
Promedio servicios subsecuentes	2.59
Promedio servicios semanales	26.87
Total de pacientes foráneos	19
Porcentaje de pacientes foráneos	3.39
Pacientes referidos de Internet	15
Porcentaje de pacientes foráneos	1.36
Total de médicos referidores	39
Total otros referidores	70
Promedio mensual de procedimientos	2.41
Promedio diario de consultas canceladas	2.42
Promedio diario de consultas realizadas	4.92

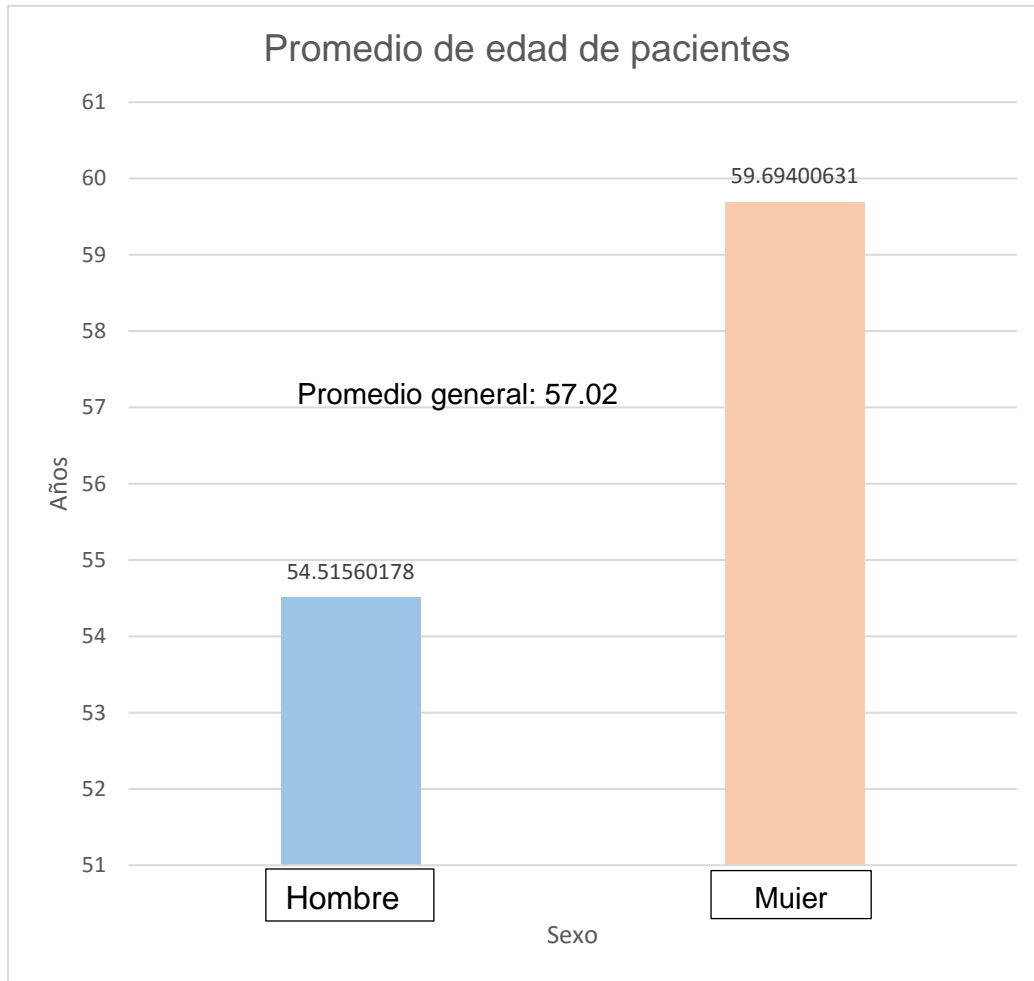
Tabla X. Mediciones de los indicadores clave de desempeño posterior a la intervención. Fuente: elaboración propia.

En este segundo periodo, de los 560 pacientes atendidos, el porcentaje de mujeres aumentó, quedando tan solo una diferencia de tres puntos porcentuales con los hombres.



Gráfica O. Porcentaje de pacientes atendidos por sexo en segundo periodo. Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la edad de estos pacientes, los hombres cuentan con un promedio de 54.51 años y las mujeres con un promedio de 59.69. El promedio general es de 57.02 años. Observamos en el promedio general que disminuyó con respecto al primer periodo. Así mismo observamos que los hombres tuvieron un incremento y las mujeres un decremento en el promedio; aun así, el promedio de los hombres sigue siendo menor al de las mujeres y la diferencia ha disminuido de diez a 5 años. Tenemos así un grupo que se compacta más y se encuentra entre los cincuenta y sesenta años.



Gráfica P. Promedio de edad de los pacientes por sexo en segundo periodo. Fuente: elaboración propia.

8.3.3 Evaluación comparativa del rendimiento

A continuación, se presenta una tabla comparativa de indicadores con su correspondiente crecimiento. Observamos que en el indicador de porcentaje de pacientes foráneos no hay un crecimiento relativo, aunque el crecimiento neto lo podemos observar en la tabla XI, dado que el número total de pacientes foráneos si aumentó.

Tabla XI. Cuadro comparativo de los indicadores clave de desempeño

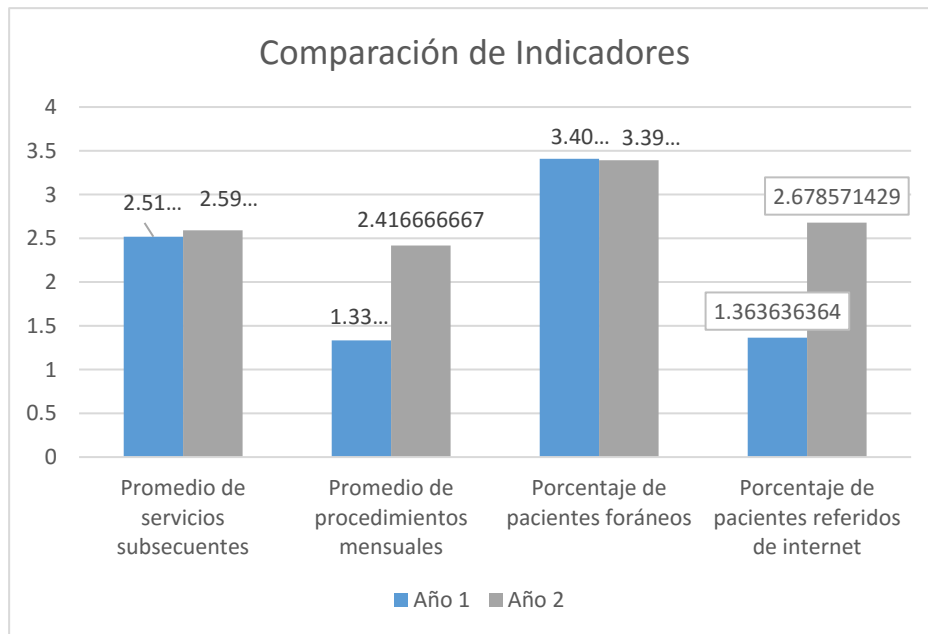
Indicadores	Periodo 1	Periodo 2	Crecimiento
Total de pacientes	440	560	27%
Total de procedimientos	16	29	81%
Total de servicios	1108	1451	31%
	20.518518	26.870370	
Promedio de servicios semanales	5	4	31%
	2.5181818	2.5910714	
Promedio de servicios subsecuentes	2	3	3%
	1.3333333	2.4166666	
Promedio de procedimientos mensuales	3	7	81%
	3.4090909	3.3928571	
Porcentaje de pacientes foráneos	1	4	0%
Porcentaje de pacientes referidos de internet	1.3636363	2.6785714	
	6	3	96%
Total de médicos referidores	20	39	95%
Total de otros referidores	49	70	43%

Tabla XI. Cuadro comparativo de los indicadores clave de desempeño. Fuente: elaboración propia.

En las siguientes gráficas se presenta la comparativa de los indicadores en ambos periodos observados.

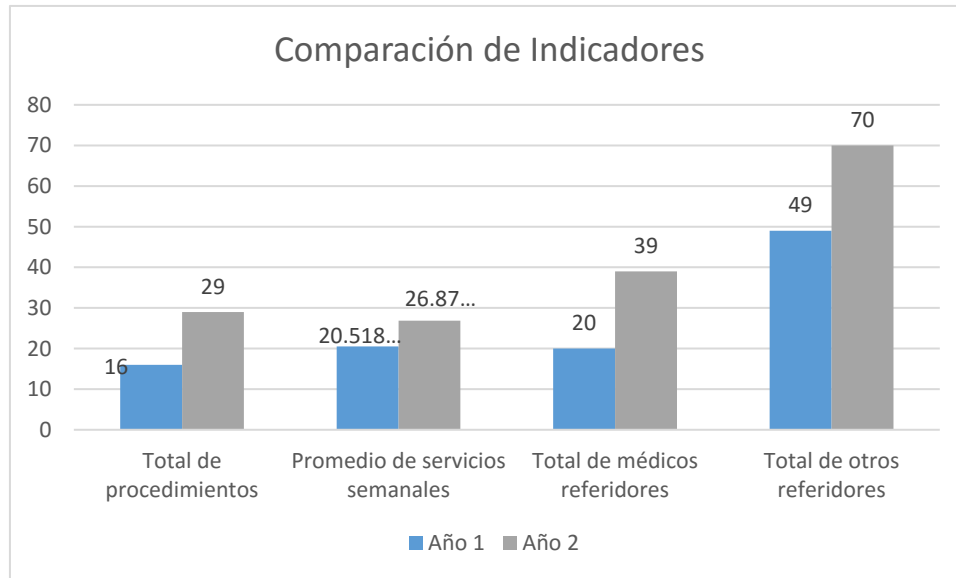
El porcentaje de los pacientes referidos de internet prácticamente se duplicó; aunque este crecimiento relativo es bastante grande, el número observado en la

tabla XI nos muestra un incremento poco significativo para el total de los pacientes atendidos.



Gráfica Q Comparación de indicadores: promedio de servicios subsecuentes, promedio de procedimientos mensuales, porcentaje de pacientes foráneos y porcentaje de pacientes referidos de internet en primer y segundo periodo. Fuente: elaboración propia.

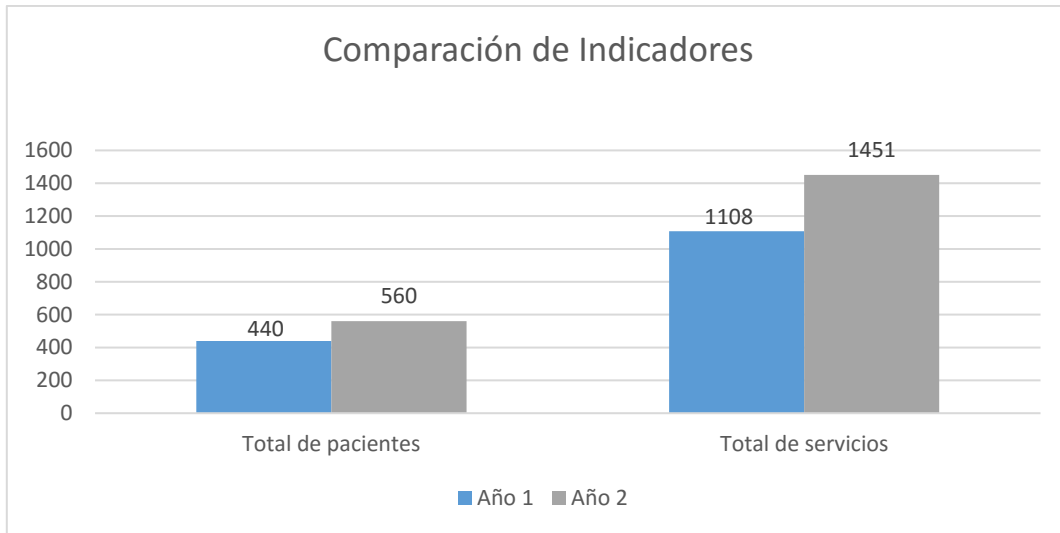
El crecimiento en los indicadores correspondientes a los referidores es de suma importancia, pues en lo que respecta a médicos referidores prácticamente se duplicó y el indicador de otros referidores incrementó cerca de un cincuenta por ciento. Si recordamos que la red de referidores es un factor clave para el crecimiento de la empresa, el incremento de los indicadores presenta un área de oportunidad para consolidar esta red y continuar con su expansión.



Gráfica R. Comparación de indicadores: total de procedimientos, promedio de servicios semanales, total de médicos referidores y total de otros referidores en primer y segundo periodo. Fuente: elaboración propia.

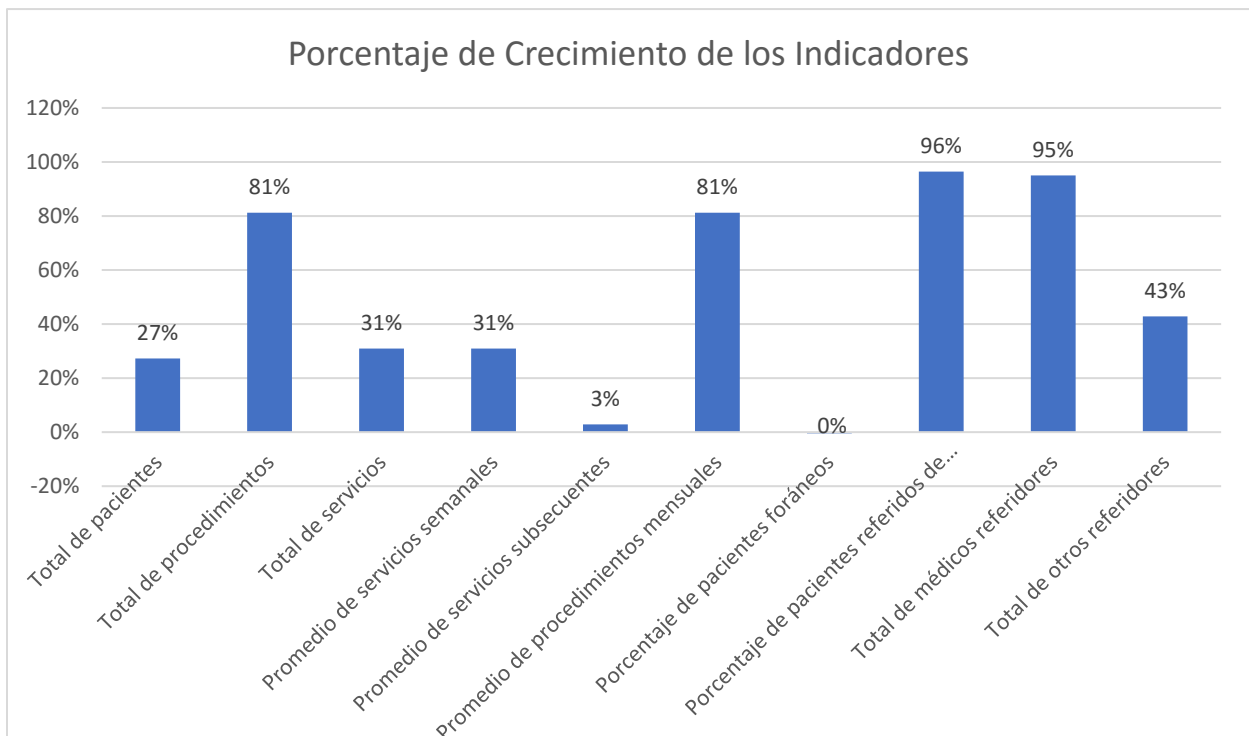
El incremento del indicador del promedio mensual de procedimientos muestra un crecimiento relativo de ochenta y uno por ciento. Este crecimiento relativo se respalda con el crecimiento en el total de procedimientos en el periodo, donde podemos ver que estuvo cerca de duplicarse. Hablando de crecimiento económico, este es el indicador más importante para la empresa puesto que los procedimientos médico-quirúrgicos son el servicio que genera mayores ingresos.

El resto de los indicadores muestra crecimiento elevado, aunque no sobresaliente como los anteriores. Aun así, en conjunto, muestran una diferencia favorable posterior a la aplicación del modelo de gestión estratégica, como lo podemos observar en los indicadores de productividad que corresponden al total de pacientes atendidos y el total de servicios brindados por periodo.



Gráfica S. Comparación de indicadores: total de pacientes, total de servicios en primer y segundo periodo. Fuente: elaboración propia.

La siguiente gráfica muestra de forma visual el crecimiento porcentual de cada indicador, lo cual permite apreciar de manera más clara la diferencia generada al implementar el modelo de gestión estratégica.



Gráfica T. Porcentaje de crecimiento de los indicadores en el segundo periodo con respecto al primero. Fuente: elaboración propia.

9. Discusión

9.1. Análisis de resultados

9.1.1. Creación del grupo

Como estrategia central de la intervención, la creación del grupo médico especializado fue un éxito. Los pacientes referidos aumentaron, se tuvo una mayor agilidad y confianza al realizar procesos de referencia y contra referencia. Las sesiones de casos de manera multidisciplinaria agradaron y tuvieron resultados favorables. Al tener una identidad y un grupo de respaldo, los médicos sintieron mayor confianza y como grupo se obtuvieron beneficios que de manera individual resultaría más difícil obtener, los cuales se enuncian en cada una de las estrategias correspondientes que se discuten a continuación.

9.1.2 ECG a domicilio

La cantidad de estudios de este tipo en general fue poca, sin embargo, los resultados del servicio brindado fueron buenos. Existía personal de la empresa que se encargaba de realizarlos, sin embargo, al ser practicantes, su periodo de colaboración con la empresa culminó en pocos meses. Aun así, los resultados obtenidos arrojaron como resultado la evaluación favorable de la estrategia puesto que es un servicio redituable. Los costos son mínimos y debido a que en el mercado no hay competencia en este servicio en específico, si se trabaja a fondo y se reestructura, puede convertirse en un servicio diferenciador altamente redituable.

9.1.3 Credencialización

El hecho de presentarse ante los hospitales privados como un grupo médico agilizó los tramites de credencialización en la mayoría de los hospitales privados. El

cumplir con este requerimiento de los hospitales generó presencia del grupo y le dio prestigio de manera individual a cada médico. Así mismo, permitió ofrecer mayores opciones a los pacientes puesto que se les puede atender en el hospital de su preferencia.

Cabe mencionar que los procesos de credencialización no se completaron al cien por ciento debido a cuestiones ajenas a la gestión de la empresa. En algunos casos los médicos proporcionaron al gestor documentación incompleta y en otros casos el hospital fue quien retrasó los procesos debido a sus conflictos de interés.

9.1.4 Ampliación de instalaciones

Gracias a la alianza estratégica establecida con el nuevo hospital y el proveedor de dispositivos médicos se logró reducir costos de intervenciones cardiacas de alta complejidad utilizando técnicas de vanguardia y tecnología de punta; haciendo más accesible el precio final de la intervención para los pacientes.

Gracias a los procedimientos realizados, el hospital ha logrado mejorar su posicionamiento en el mercado y brindo a la empresa el beneficio de la asignación de consultorios condonados de pago de renta. Un beneficio que trabajando como médico de forma independiente es altamente improbable de obtener.

9.1.5 Creación de página web y redes sociales

A pesar de la creación de la página web con chat en vivo, las redes sociales fueron las que tuvieron un mayor impacto, se realizaron algunas campañas de difusión en casos quirúrgicos y de intervencionismo interesantes y éstas permitieron que los clientes potenciales tuvieran contacto con la página e hicieran saber sus inquietudes y solicitudes de servicios.

Por otro lado, la difusión de los miembros a través de las redes sociales creó prestigio y apoyo por parte de la comunidad médica así como de empresas y asociaciones relacionadas con el área cardiovascular. El uso de las redes sociales como herramienta de mercadeo para posicionar la marca fue una estrategia con resultados positivos puesto que representó un bajo costo de inversión y generó beneficios tanto tangibles como intangibles.

9.1.6 Contratación de servicio de plataforma electrónica de directorio médico de especialistas

A pesar de que esta estrategia parecía en un principio ser prometedora, al culminar el periodo de contratación se tomó la decisión de no renovarlo puesto que representó una inversión significativa y a pesar de que hubo pacientes referidos por ésta red, los ingresos que generaron los pacientes derivados de la misma no representaron una cantidad que justificara repetir la inversión.

9.1.7 Asistencia a ferias de la salud

Esta estrategia de promoción en particular, a pesar de haber consumido pocos recursos económicos, requirió también de recursos humanos y temporales y no generó ningún ingreso al menos hasta el 31 de mayo de 2019. Razón por la cual, la dirección decidió suspenderla. Lo rescatable de dicha estrategia fue que generó contenido para las páginas de redes sociales.

9.1.8 Visitas a médicos generales y de otras especialidades para promocionar el servicio

En esta estrategia se requirió de una constante actividad que consistía en prospectar, visitar y promocionar los servicios. El principal recurso invertido fue

humano y temporal ya que las agendas de los médicos son muy variadas y en la mayoría de los casos había que esperar un tiempo considerable antes de interactuar con el médico. Aun así, esta estrategia generó algunos médicos referidores, que se ven reflejados en el incremento del indicador correspondiente. Dado que las personas encargadas de realizar esta actividad fueron los mismos practicantes anteriormente mencionados, también se vio suspendida al terminar su periodo de prácticas.

9.1.9 Visitas a clínicas pequeñas dentro de la ciudad de Puebla para promocionar el servicio

Al visitar a las clínicas se buscó generar referidores de alto flujo, en algunas ocasiones ofreciendo beneficios a los pacientes referidos en cuestión de precios preferenciales; aunque algunas clínicas se mostraron interesadas, hubo casos en los que no se llegó a un acuerdo debido a que los directivos consideraban los servicios de la empresa fuera del alcance de sus pacientes.

En estas dos últimas estrategias se podrían generar resultados favorables si se reestructuran para asignar a personal que cumpla con estas funciones específicas, asignando un plan de acción concreto, una segmentación del territorio y una supervisión constante de los indicadores de resultados. Por otro lado, una manera de reducir los costos sería asignar nuevamente a practicantes y para generar incentivos se podría manejar agentes comisionarios.

10. Conclusiones

Los procesos administrativos en el ámbito privado de los servicios de salud tienen menores requerimientos y son más veloces que en el sector público; sin

embargo, existe una clara discontinuidad debido a que los actores que intervienen en la prestación del servicio se encuentran disociados y no comparten un solo sistema de información. Esta fragmentación genera procesos repetitivos, múltiples expedientes parciales, cobros elevados y un seguimiento inadecuado en la evolución del paciente, que puede impactar de manera negativa en su salud. (OCDE, 2016)

Así mismo, en el ámbito privado existe un desconocimiento mutuo entre el personal operativo y administrativo con respecto a sus procesos. La falta de conocimiento acerca del impacto en la salud de los pacientes que genera el retraso en el servicio, debido a cuestiones administrativas es causa de la inadecuada priorización de procesos por parte del personal administrativo. (OPS, 2002)

Por otro lado, el desconocimiento del personal operativo acerca de los procedimientos administrativos y su importancia para el correcto funcionamiento del servicio genera constantes inconformidades de parte del personal operativo debido a que sus necesidades no son cubiertas en tiempo y forma. (OPS, 2002)

Al llegar al término del estudio se tienen conclusiones en tres áreas principales, la epidemiológica, la operativa y la administrativa. La epidemiológica alarma, y la operativa y administrativa invitan a la reflexión:

En la cuestión epidemiológica se dimensiona el tamaño del problema de salud en México:

- Debido a que las enfermedades cardiovasculares son crónicas y en sus etapas iniciales no presentan síntomas visibles o dolorosos, aunado con la

transición demográfica y el estilo de vida actual se dificulta la prevención y el diagnóstico oportuno.

- Para ser la principal causa de muerte en el país durante los últimos años, la población no muestra conciencia de la importancia de la prevención y cuidado de estas enfermedades.

Con respecto al área operativa del subsistema privado de los servicios de salud en México se enlista lo siguiente:

- En los servicios privados de salud predomina una desvinculación del personal administrativo y los profesionales de la salud debido a que los primeros desconocen la manera en que el profesional de la salud brinda atención al paciente y los recursos que necesita para hacerlo de la manera correcta.
- Por otro lado, el profesional de la salud carece de conocimientos sobre los procesos administrativos debido a que su formación se centra en la atención del paciente de forma directa y en un ambiente clínico; lo que no les permite tener una conciencia de la importancia del área administrativa en los servicios brindados.

Finalmente, del área administrativa en que se intervino, se concluye lo siguiente:

- Durante el tiempo en el que desarrolló la intervención, la planeación de las actividades se pudo cumplir hasta el momento de realizar la propuesta de una alianza estratégica con el hospital sede de la Matriz de la empresa. La puesta en marcha de la nueva sucursal se retrasó debido al conflicto de intereses con dicho hospital, por lo tanto, se tuvo la necesidad de replantear la ubicación de los nuevos consultorios médicos para el grupo.

En cuanto a la intervención realizada, las evidencias documentadas en este estudio confirman la implementación del modelo integral de gestión estratégica y el logro del objetivo general de este trabajo de tesis. Se conformó con éxito el grupo médico de especialistas, se trabajó de manera colaborativa para analizar los casos médicos de manera integral y se brindaron los primeros servicios quirúrgicos del grupo médico bajo el nombre comercial de la empresa; los cuales, tuvieron resultados favorables para los pacientes.

Cabe resaltar que al participar en proyectos multidisciplinarios es inevitable el cambio en el enfoque tradicional que tienen algunas profesiones, pues se genera un enriquecimiento intelectual para todos los involucrados y la sinergia genera una suma positiva de los esfuerzos y conocimientos individuales.

Así mismo, es importante resaltar algunos beneficios obtenidos al aplicar el modelo de gestión estratégica (GE) dentro de la organización:

- El incluir auditorías internas y externas ayudó a conocer mejor la propia organización y a saber su posición en el mercado, de este modo, permitió a la empresa ser más proactiva, ya que estos instrumentos permiten contar con la información necesaria y la capacidad de influir directamente en su futuro.
- Al ser de carácter integral, el modelo ayuda a plantear mejores estrategias sistemática, lógica y racionalmente, tomando en cuenta aspectos multifactoriales que influyen en la implementación de cada estrategia.
- Al ser un modelo incluyente y colaborativo, a partir de la participación en el proceso, todos los involucrados se comprometen en mayor parte para ayudar a la empresa puesto que aceptan que el beneficio obtenido lo disfrutan todos los miembros de la organización.

- Al fijar objetivos claros, razonables y alcanzables, se estimula el sentido de eficiencia en los empleados, animándolos y compensándolos para participar en la toma de decisiones fomentando la iniciativa y la innovación (otorgamiento de poder).
- Las empresas que aplican los conceptos de la gestión estratégica son más rentables y exitosas que aquellas que no los utilizan, ya que realizar una planeación sistemática ayuda a estar preparadas en caso de que ocurran fluctuaciones en el ambiente interno y/o externo. Para ser una empresa de alto rendimiento no es necesario ser de gran tamaño sino utilizar las herramientas de gestión adecuadas, seguir modelos que cuentan con sustento teórico y tener un compromiso bilateral con los empleados con el fin de crear ambientes colaborativos y eficientes.
- Permite conocer mejor el terreno en que se desenvuelve la empresa, dando un mayor discernimiento de las amenazas externas y comprensión en las estrategias de los principales competidores para poder generar las propias estrategias y los planes de acción para su implementación.
- Dado el carácter integral del modelo, se requiere de la interacción del personal de toda la organización y les da voz y voto a través de sus jefes de área, haciendo que información importante suba a los altos mandos y sea de utilidad en la auditoría interna de la empresa y su consecuente identificación de áreas de oportunidad para la prevención de problemas.
- Facilita la distribución eficaz del tiempo y de los recursos con los que cuenta la empresa, maximizando aquellos que se encontraban subutilizados, reactivando aquellos que se encontraban inhabilitados.

Los beneficios la gestión estratégica permanecen intactos siempre y cuando se procure un proceso de aprendizaje y autorreflexión que familiarice a los gerentes, empleados y dueños de la empresa con los problemas de la empresa y se planteen alternativas posibles (estrategias) para solucionar dichos problemas. Es decir, se lleve a cabo una cultura de mejora continua.

Finalmente, resulta adecuado recordar que como lo menciona David, F. 2008, las actividades de evaluación de la estrategia deben proporcionar información oportuna ya que una información aproximada que sea oportuna es más deseable como una base para la evaluación de la estrategia que la información exacta que no describe el presente. Tomando esta aseveración, se resalta la importancia de contar con un sistema de información electrónico y automatizado que sea capaz de recolectar y procesar la información de la empresa, la cual, en este caso se obtuvo de medios no electrónicos y se generó manualmente la base de datos que sirvió como instrumento para la realización del estudio. Una vez hecha notar la importancia de los SI en las empresas y los resultados exitosos de la implementación del modelo integral de gestión estratégica se infiere el beneficio de adquirir algún sistema electrónico de información que facilite la etapa de medición y evaluación en cada una de las estrategias que la empresa pretenda implementar a futuro de acuerdo a sus planes de crecimiento y desarrollo.

11. Referencias

Referencias bibliográficas

Carlos María López-Fe y Figueroa. (2002). *Persona y Profesión: Procedimientos y Técnicas de Selección y Orientación*. Madrid: TEA Ediciones.

David F. (2008) *Fundamentos de dirección estratégica*. Pearson: Estados Unidos

Donabedian A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*.

En: *Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol.I. Health

Administration Press. Ann Arbor. Michigan.

Francisco J. Vedriel Rodríguez, Alberto Tuñón Villafañe. (2011). *El Camaleón:*

Guía para superar con éxito procesos de selección en tiempos de crisis.

Madrid, España: ESIC Editorial.

Gerry J. (2001) *Dirección estratégica séptima edición*. Prentice Hall: Madrid, España

Richards, J Heuer Jr. Y Randolph H. Pherson. (2015) *Técnicas Analíticas*

Estructuradas para el análisis de inteligencia. Madrid, España. Plaza Valdés editores.

Ruth Arroyo Tovar. (2012). *Habilidades gerenciales: Desarrollo de destrezas,*

competencias y actitud. Bogotá, Colombia: ECOE Ediciones.

Torres Laborde J.L, Jaramillo Naranjo O.L. (2014). *Diseño y análisis del puesto de trabajo*. Barranquilla, Colombia: Universidad del Norte.

Referencias hemerográficas

- Carina Gómez Fröde. (2017). *El Sistema de Salud en México*. CONAMED, 22, Núm. 3
- Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI). *XII Censo General de Población y Vivienda 2000: Resultados Definitivos*. México DF, 2001.
- Klaric, Jürguen (2015) "Véndele a la mente, no a la gente". Segunda edición. BiiA International Publishing
- Manuel Fernández-Ríos. (1995). *Análisis y descripción de puestos de trabajo: teoría, métodos y ejercicios*. Juan Bravo, España: Díaz de Santos.
- Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS, 2000
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Representación en México. Capítulo México de *Salud en Las Américas 2002* (Versión preliminar).
- Ramos, Victoria. (2007). *Las TIC en el sector de la salud*. Bit, ISSN 0210-3923, N°. 163, 2007 (Ejemplar dedicado a: Las TIC en la sanidad), págs. 41-45. 163
- Secretaría de Salud (SSA). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. Primera Edición. México D.F. 2001
- Zurita, B y Ramírez, T. (2013) *Desempeño del sector privado de la salud en México*. Funsalud. Caleidoscopio de la Salud. Págs. 153-161

Referencias electrónicas

- (2001). Aspectos relevantes sobre la infraestructura disponible en las unidades médicas del sector privado, 1999. *Salud Pública de México*, 43(2), 162-169. Recuperado en 10 de noviembre de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000200011&lng=es&tlng=es.
- Beatriz Zurita, Teresita Ramírez. (2013). *Desempeño del sector privado de la salud en México*. Noviembre 2019, de Caleidoscopio de la Salud P. 153-161. Sitio web: <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/10-Desempenio.pdf>
- Dantés, Octavio Gómez, Sesma, Sergio, Becerril, Víctor M., Knaul, Felicia M., Arreola, Héctor, & Frenk, Julio. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), s220-s232. Recuperado en 18 de marzo de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es&tlng=es
- Ferreira-Herrera, D. C. (2015). *El modelo Canvas en la formulación de proyectos*. Cooperativismo y Desarrollo, 23(107), doi: <http://dx.doi.org/10.16925/co.v23i107.1252>
- Gestión.org. (2018). *Cómo identificar y hacer un análisis de la competencia para diferenciarte y satisfacer a tus clientes*. Noviembre 2019, de Gestión.org Sitio web: <https://www.gestion.org/analisis-de-la-competencia/>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones*.

Noviembre 2019, de Gobierno Federal Sitio web:

http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf

INEGI, *registro 2016*, recuperado de:

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2009). *Micro, Pequeña, Mediana y Gran empresa*. Noviembre 2019, de INEGI Sitio web:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ce/2009/doc/minimonografias/m_pymes.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Características de las defunciones registradas en México durante 2017*. Noviembre 2019, de INEGI Sitio web:

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodem/DEFUNCIONES2017.pdf>

Maribel Ramírez Coronel. (2019). *El Plan de la Salud Privada Mexicana*.

Noviembre 2019, de Clúster Salud Sitio web:

<https://clustersalud.americaeconomia.com/opinion/el-plan-de-la-salud-privada-mexicana>

Mejía Trejo, J, Sánchez Gutiérrez, J. *Factores determinantes de la innovación del modelo de negocios en la creación de ventaja competitiva*. Revista del Centro de Investigación. Universidad La Salle [Internet]. 2014; 11(42):105-128.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34235376004>

Nacho de Pinedo. (2017). *Tomar decisiones basadas en información*. Noviembre 2019, de Harvard Deusto, Business & Technology (Núm. 35) TIC, Mayo 2017

Sitio web: <https://www.harvard-deusto.com/tomar-decisiones-basadas-en-informacion>

Nigenda Gustavo, Troncoso Erika, Arreola Héctor, López Mariana, González Luz María. (2013) *Mezcla público-privada en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México*. Funsalud. Caleidoscopio de la Salud. Págs. 229-242.

Recuperado en 18 de marzo de 2019, de: <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/16-MezclaPublicoPrivado.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2005) *¿Qué es un sistema de salud?*

Noviembre 2019, de OMS Sitio web: <https://www.who.int/features/qa/28/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: team-based*

care. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260424>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Ricardo Daniel Corona González. (2017). *El Sistema de Salud en México: De la fragmentación hacia un Sistema de Salud Universal*. Noviembre 2019, de

Colegio Nacional de Especialistas en Medicina Integrada Sitio web:

<https://www.conaemi.org.mx/single-post/2017/01/15/El-Sistema-de-Salud-en-M%C3%A9xico-De-la-fragmentaci%C3%B3n-hacia-un-Sistema-de-Salud-Universal>

Rivero Serrano, Octavio, & Martínez, Luis Armando. (2011). *La medicina*

actual. Revista de la Facultad de Medicina (México), 54(2), 21-32. Recuperado en 18 de marzo de 2019, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422011000200004&lng=es&tlng=es.

Rosas-Peralta Martín, Attie Fause. *Enfermedad cardiovascular: Primera causa de muerte en adultos de México y el mundo*. Arch. Cardiol. Méx. [Revista en la Internet]. 2007 Jun [citado 2018 Mayo 08]; 77(2): 91-93. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402007000200001&lng=es.

Secretaría de Salud (2016). *Informe Sobre la Salud de los Mexicanos*. Obtenido de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf

Secretaría de Salud. (2003). *Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas*. Noviembre 2019, de Secretaría de Salud Sitio web: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmex2002/saludmexico2002.pdf>

Soto-Estrada, Guadalupe, Moreno-Altamirano, Laura, & Pahua Díaz, Daniel. (2016). *Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad*. Revista de la Facultad de Medicina (México), 59(6), 8-22. Recuperado en 10 de noviembre de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000600008&lng=es&tlng=es.

Suñol, R. y Álvar N. *La calidad de la atención*. Ponencias i Jornades. Obtenido de: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf:

Otras Referencias

Conocimiento propio adquirido de catedra con el Dr. Gerardo Salvador González

Lara

Conocimiento propio adquirido de catedra con el Dr. Uriel Mendoza

Conocimiento propio adquirido de catedra con la Dra. Karla Rojas Valderrama

Conocimiento propio adquirido de catedra con la Dra. Lis Rosales

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Experiencia laboral en campo

Intercambio de información a manera de entrevista anónima con personal de campo

Investigación intensiva en redes sociales: Linked In, Facebook.

Ley General de Salud

Plan Estatal en Salud 2012-201

Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018

Plan Sectorial en Salud 2012-2018

Uso de red personal de contactos vía telefónica