

Portafolio de servicios de salud en las empresas sociales del Estado de Colombia: elementos para su diseño y utilización

Rubén Darío Gómez

Profesor, Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia
Consultor FUNDAPS

Margarita M. Caicedo

Consultora FUNDAPS

Resumen

Al igual que en otras regiones del mundo, los servicios de salud en Colombia, experimentan en la actualidad una marcada influencia de sistemas de mercado, cuyas concepciones y prácticas se incorporan a la gestión del sector y desplazan antiguas creencias y modelos de desempeño. Algunas de estas innovaciones, implantadas de manera acrítica e irracional, podrían interferir con los procesos de desarrollo social y aumentar la inequidad entre los grupos humanos. En relación las reformas del sector, el presente artículo asume que la salud pública debe considerarlas con un espíritu a la vez abierto y crítico, en función de las condiciones e intereses de los grupos humanos más desprotegidos y vulnerables. Desde esta perspectiva y con la intención de contribuir al mejoramiento de la gestión en las instituciones estatales, el documento revisa algunos aspectos metodológicos relacionados con el diseño y utilidad del portafolio de una institución prestadora de servicios de salud,

en el marco de las disposiciones que regulan el sector de la seguridad social en Colombia. En su calidad de documento introductorio, el texto no pretende agotar el tema del mercadeo de los servicios de salud, sino ofrecer a los agentes del sector una visión panorámica sobre el portafolio como un instrumento de gestión de los servicios que puede contribuir a la optimización de su eficiencia y calidad. Al considerar los procesos involucrados en la elaboración de un portafolio de servicios, se hace una descripción de los siguientes términos: la definición de portafolio de servicios, la plataforma Jurídica de la Empresa, la plataforma de gestión, el análisis de la demanda, el análisis de la oferta, las estrategias de mercadeo, y los criterios de evaluación y control. Con el propósito de facilitar al lector la aproximación al tema, el texto intercambia tecnicismos con la terminología tradicional del sector (v.g. «empresa» por «institución», «cliente» por «paciente»).

Palabras clave: portafolio de servicios, mercadeo, servicios de salud, Colombia.

Introducción

El portafolio de servicios es uno de los instrumentos de gestión utilizados por la gerencia, cuya elaboración y aplicación permiten a la empresa preparar sus servicios de manera inteligente, para responder a dos exigencias:

– Los compromisos que la empresa haya asumido frente a su razón de ser y las características institucionales esenciales, concepciones que han debido expresarse formalmente en la plataforma jurídica y en la plataforma de gestión de la organización (estatutos, visión, misión, principios filosóficos).

– Las condiciones del mercado. El mercado puede definirse como un espacio social,

virtual, flexible y dinámico, conformado por la empresa, por sus usuarios reales y potenciales, y por los competidores. Se dice que el mercado es un espacio virtual porque su tamaño y sus características dependen en gran medida de la gestión de la empresa. Por su parte, el término competidor se aplica a cualquier persona u organización que, en el mismo mercado, produzca bienes o servicios similares a los de la empresa.

El portafolio busca acercar la empresa a los usuarios que la necesiten y puedan beneficiarse de sus productos o servicios. Para lograrlo, segmenta a sus clientes en diferentes grupos con características homogéneas y realiza un programa detallado de servicios diseñado de manera especial para cada grupo. *El portafolio de ser-*

vicios de la empresa será entonces la integración de dichos programas.

Cada una de las programaciones del portafolio incluye información básica relacionada con los servicios que ofrecerá la empresa a un grupo particular de clientes (segmentos de la clientela), servicios que deberán definirse por su nombre específico y por sus características esenciales de prestación. Esta información, sistematizada en el portafolio, permite a las diferentes dependencias y empleados de la agencia formarse una idea de lo que debe producirse para cada tipo de usuarios y, en consecuencia, de su papel frente a la producción.

Parte de esta información se transmitirá también a los grupos de clientes a quienes va dirigido cada paquete; estos deberán formarse una idea sobre el tipo de servicio que van a recibir y sobre las condiciones en que se le van a ofrecer. En el caso de los servicios de salud, dichas características esenciales se refieren al tipo de persona que lo prestará, cuándo, dónde, cómo, con qué margen de seguridad y con qué resultados posibles; los usuarios querrán saber también cuánto va a costarles el servicio y las formas de pago establecidas por la empresa.

En empresas privadas el diseño del portafolio suele ser función del departamento de mercadeo o planeación. En las

instituciones hospitalarias la complejidad y multiplicidad de los servicios hacen indispensable que el portafolio sea elaborado con amplia participación, no sólo de los administradores (gerente) sino de las personas que participan de manera directa en la prestación de los servicios. Esta participación conjunta trae además como ventajas un incremento en el conocimiento, compromiso y motivación de los empleados.

Para diseñar los diferentes programas que se incorporan a su portafolio, la empresa puede basarse en criterios técnicos y aún en investigaciones de cierta complejidad. Sin embargo, estos elementos nunca reemplazarán la creatividad y el ingenio de los analistas para interpretar la información disponible y para generar decisiones inteligentes que permitan a la organización cumplir con su objetivo de acercarse al cliente y responder a sus necesidades. La elaboración del portafolio comprende entonces tres momentos diferentes y complementarios:

1. Recolección y procesamiento de información sobre los clientes, los competidores y la empresa (factores del mercado).
2. Valoración de la información a la luz de ciertos criterios técnicos previamente definidos.
3. Creación de opciones programáticas para organizar y prestar servicios de la mejor ma-

nera posible (diseño de estrategias y planes de mercadeo).

Las dos primeras fases pueden incluir actividades técnicas propias del método científico; la tercera, en cambio, se refiere a un proceso completamente diferente: la creación original e ingeniosa de opciones, de posibilidades de acción, de decisiones (tanto generales como detalladas) que permitan a la empresa, no sólo responder sino modificar a voluntad, las condiciones que se descubrieron en las dos primeras fases del diseño.

De manera esquemática, la elaboración del portafolio de servicios puede implicar los siguientes procesos:

- Análisis de la plataforma jurídica de la empresa
- Análisis de la plataforma de gestión de la empresa
- Estudios de mercado
- Análisis de la demanda
- Análisis de la oferta
- Análisis de la propia empresa en el mercado
- Programación de los servicios
- Definición de las estrategias y el plan de mercadeo
- Definición de criterios de evaluación y control

1. Análisis de la plataforma jurídica de la empresa

Incluye el conjunto de procedimientos de revisión, interpretación y análisis de información para identificar el tipo de servicios que la empresa está obligada a prestar, de acuerdo con las leyes y las normas internas de la organización.

En esta etapa los analistas deben identificar las normas que obligan a la institución, en relación con dos aspectos de crucial importancia:

- **Sus fines y su manera de operar.** Para comenzar el diseño, la empresa debe revisar sus estatutos con el propósito de identificar el mandato de los fundadores sobre la razón social de la organización, el tipo de actividades que la institución debe adelantar, el tipo de compromiso con la sociedad y su posición frente a la rentabilidad. Las empresas privadas pueden tener cierta flexibilidad para modificar su razón social; las instituciones públicas, en cambio, están sujetas al mandato social que se expresa en la ley y las normas vigentes.

- **El sistema de prestación de servicios en la región.** Se deben también revisar las leyes y demás reglamentos vigentes para identificar aquellos requisitos impuestos por la autoridad competente a las instituciones que ofrecen servicios de salud, pues la oferta de la empresa deberá inscribirse en este marco.

La información que se obtenga durante esta fase revestirá

especial importancia para valorar la información sobre el mercado, y servirá como marco de referencia en la etapa de diseño creativo, ya que las decisiones programáticas que asuma la empresa deben establecerse en el marco jurídico vigente.

2. Análisis de la plataforma de gestión de la empresa

Las disposiciones jurídicas y estatutarias pueden haber definido los servicios que debe prestar la institución desde el marco normativo. La plataforma de gestión define los servicios que la empresa ha decidido prestar de acuerdo con su filosofía. En esta plataforma los servicios no sólo se subordinan al marco jurídico, sino también a las políticas generales de la organización, las decisiones gerenciales, los compromisos propios asumidos por la empresa y expresados en la visión, la misión, los principios corporativos y los valores de la organización, y las grandes decisiones contempladas en el plan de desarrollo de la institución.

3. Análisis de la demanda

Comprende el procesamiento técnico de la información disponible acerca de los usuarios actuales y potenciales de la empresa y de aquellos factores del mercado que incidan sobre su grado de acceso y utilización de

los servicios de la institución. El análisis de la demanda busca predecir el comportamiento de las necesidades de los usuarios en los próximos años. Específicamente se interesa en quiénes serán los usuarios más frecuentes, cuáles demandas se intensificarán, cuáles se reducirán y dónde es más probable que los diferentes segmentos de la población acudan en busca de ayuda.

En el caso de una institución prestadora de servicios de salud, el análisis incluye los siguientes apartes:

Análisis de la estructura demográfica.

Análisis del estado de salud de la población.

Análisis de la accesibilidad de la población a los servicios.

3.1. Análisis de la estructura demográfica

Al diseñar el portafolio es de máxima importancia establecer la estructura demográfica de la población en el área de influencia de la institución. Para el caso colombiano, que organiza el sistema de prestación de servicios de salud con criterios de mercado, la población usuaria no coincide con la población de un territorio; más que una población asignada territorialmente, las instituciones de salud, estatales o privadas, atenderán la población a la que logren llegar. Definir entonces el

ámbito de influencia de la institución y su población de usuarios potenciales, es el primer problema que debe resolver el analista y la respuesta pudiera estar en la plataforma de gestión adoptada previamente por la empresa. Para el análisis demográfico reviste especial importancia la información sobre: el tamaño de la población, su distribución por género y grupos de edad y su tasa de crecimiento vegetativo.

Aunque el mercado no se define territorialmente, la empresa puede encontrar de gran utilidad centrar sus análisis en grupos humanos definidos especialmente y realizar algunos ajustes relacionados con la atención de usuarios potenciales de otras regiones.

Para el análisis demográfico es de gran utilidad construir las pirámides poblacionales de los últimos períodos y proyectarlas al futuro inmediato. La información obtenida puede permitir al analista formular una hipótesis sobre la estructura de la población para los próximos años y sus consecuencias para la prestación de los servicios.

Los siguientes comentarios de tipo general, facilitarán estos análisis:

El aumento o disminución de los estratos más jóvenes puede generar variaciones en la demanda potencial de servicios de diferente nivel de complejidad, relacionados con la atención de sus problemas de mayor prevalencia (lesiones

intencionales, trauma, enfermedades y accidentes ocupacionales, embarazo, parto y enfermedades de transmisión sexual) y revelar la importancia relativa de establecer servicios de salud ocupacional, urgencias, traumatología, obstetricia y salud reproductiva, con sus correspondientes apoyos diagnósticos (imagenología y laboratorio) y terapéuticos (unidades de cuidados intensivos, banco de sangre).

Un análisis semejante puede hacerse para los grupos etáreos menores de 15 años, especialmente a expensas de procesos respiratorios, accidentes y problemas perinatales. Dependiendo de la tasa de crecimiento poblacional, la demanda de servicios por parte de la población infantil puede variar, especialmente en relación con patologías infecciosas de manejo ambulatorio, atención de urgencias y servicios de pediatría general y perinatología.

La tendencia al aumento o disminución de los estratos mayores de 45 años permite prever el grado de envejecimiento de la población y la demanda potencial de servicios relacionados con problemas cardiovasculares, tumores, trastornos degenerativos y geriatría en general.

Por sí misma, la pirámide poblacional y sus proyecciones, aportan información supremamente valiosa para construir los escenarios futuros de la demanda de servicios, pero su verdadero valor

en el diseño del portafolio se revela cuando otras características, como las condiciones socioeconómicas y de morbimortalidad, se apoyan en estas proyecciones.

3.2. Estado de salud de la población

La «medición del estado de salud» es, desde hace varios años, objeto de amplias y justificadas controversias en salud pública. Sin demeritar la importancia de estas discusiones, para las instituciones que prestan «servicios de salud» puede ser especialmente importante aplicar técnicas epidemiológicas para identificar algunos indicadores y características claves de la salud y la enfermedad en el área de influencia definida por la empresa, tales como:

La esperanza de vida.

La estructura, niveles y tendencias de la **mortalidad** (tasas de mortalidad general, mortalidad por causas de defunción, mortalidad por grupos de edad, mortalidad materna, mortalidad infantil). El analista debe identificar aquellas causas de muerte cuya intervención sea competencia de la organización, y estimar la magnitud de la demanda de servicios relacionados con las causas más frecuentes de defunción.

La estructura, niveles y tendencias de la **morbilidad**. A diferencia de la mortalidad, registrada oficialmente y de manera unificada por agencias estatales diferentes a salud, el registro de la morbilidad presenta algunas particularidades. Técnicamente hay varias formas de esclarecer la morbilidad de la población. Un buen estudio de morbilidad sería aquel que logre detectar con confiabilidad y precisión la variada gama de patologías que se dan en el grupo (morbilidad real) y no solo aquellas que son sintomáticas y pueden ser referidas por la población en una encuesta (morbilidad sentida) o las que son registradas en los servicios (morbilidad atendida y morbilidad insatisfecha). Cada uno de los métodos para estudiar la morbilidad tiene sus ventajas y limitantes.

La información suministrada por las encuestas de morbilidad reviste especial importancia, para el análisis, allí donde se dispone de ellas. Sin embargo, los datos obtenidos de estas fuentes suelen ser dispersos o poco precisos, y en ocasiones su valoración puede ser difícil.

La dificultad de obtener información sobre morbilidad real y morbilidad sentida, obliga a los analistas a recurrir con mucha mayor frecuencia a los registros hospitalarios disponibles. Uno de los axiomas en salud pública considera que la demanda atendida refleja más el interés y la estructura de las agencias oferentes

que la morbilidad real de la población, la cual solo se refleja indirectamente en los registros. Las causas registradas con mayor frecuencia en la consulta externa, indican básicamente la capacidad de atención de las instituciones y la importancia que revisten algunos problemas para las políticas institucionales.

Con algunas excepciones, como los servicios ambulatorios especializados y los servicios de urgencias, la morbilidad por egreso hospitalario puede corresponder a problemas de salud de mayor complejidad que la consulta médica general.

En algunas regiones puede ser difícil acceder a información sobre el perfil de la demanda atendida por el subsector privado. En ausencia de información suficiente, podría plantearse como hipótesis que el perfil epidemiológico de la población usuaria del subsector privado es diferente del perfil registrado en los servicios estatales, sobretodo en las grandes ciudades, como consecuencia de sus mejores condiciones económicas, culturales y geográficas de accesibilidad:

Los usuarios del sector privado suelen corresponder a estratos socioeconómicos que han resuelto sus necesidades básicas y han superado la exposición a los riesgos que la pobreza genera sobre la salud. Por ello la demanda de servicios por procesos mórbidos de mediana y baja

complejidad puede ser mayor en estos segmentos poblacionales. Desde esta perspectiva, los problemas de salud que constituyen la demanda de los servicios estatales pudieran ser más severos, complejos y costosos que los del sector privado.

Los registros del subsector estatal ignoran problemas crónicos y mentales que se reflejan mejor en los servicios del sector privado donde tienen un mayor grado de desarrollo. Copados por la atención de urgencias, los servicios estatales en algunas regiones, pudieran dar una pobre respuesta a problemas crónicos y degenerativos; la población sin capacidad de pago, se ve entonces obligada a contemporizar con la enfermedad hasta el momento en que dispone de medios para acudir al sector privado o en que el problema hace crisis y se presenta como una urgencia, en cuyo caso acude a los servicios oficiales.

La frecuencia y gravedad de trastornos carenciales entre los usuarios del sector privado puede ser menor que entre la población usuaria del sector público, lo que incide de manera variable sobre su pronóstico y los costos de la intervención.

La hipótesis de programación que se desprende de estos análisis propone que, en conjunto, la atención de los pacientes del sector público pudiera ser más costosa que la de los pacientes del

sector privado, en relación con el tamaño de los estratos poblacionales más pobres y con la necesidad de involucrar el control de los factores adicionales que agravan el riesgo y el pronóstico.

La empresa puede explorar también información disponible sobre otros problemas de salud que pudieran afectar a la población en la región y que escapan al registro de los sistemas oficiales: estudios de morbilidad específica y de exposición a riesgos.

3.3. Accesibilidad de la población a los servicios

La accesibilidad se refiere a la capacidad de los usuarios para ponerse en contacto con los puntos de distribución de los servicios (puntos de venta). Un usuario puede tener diferentes dificultades para acceder a los servicios debido a:

- La localización geográfica de los puntos de distribución
- Los precios
- La estructura administrativa de los servicios: requerimientos, horarios, sistemas de citas, tiempos de espera...
- Las diferencias entre el servicio y la cultura local.

Dado que la finalidad del portafolio es preparar el servicio para que llegue de la mejor manera a los usuarios, la empresa deberá

examinar cuidadosamente las condiciones particulares de accesibilidad de cada grupo. Como resultado del análisis se deberán identificar las oportunidades y amenazas que la accesibilidad represente para que el usuario aproveche los servicios de la empresa.

3.3.1 Accesibilidad geográfica

Este análisis pretende clasificar los diferentes grupos poblacionales en función de su acceso espacial a los servicios; para ello puede ser especialmente importante el mapeo de los diferentes puntos de distribución de servicios y la localización de los grupos humanos de interés para el estudio; el mapa puede graficar el tiempo requerido por el usuario para acceder a los servicios utilizando los medios habituales en la región para transportar enfermos. En estos casos las distancias se representan como líneas entre dos puntos medidas en unidades de tiempo comparables (líneas isócronas) que expresan el tiempo invertido por los usuarios en el desplazamiento desde su lugar de habitación habitual hasta el punto de venta (distribución de servicios) más cercano. El análisis de accesibilidad geográfica debe tener en cuenta los puntos de distribución propios de la empresa y los de la competencia. Los análisis pueden hacerse de manera general; sin embargo, la extensa gama de los servicios de salud puede hacer necesaria la realización de

análisis de accesibilidad específicos para algunos de ellos, según el interés de la empresa. En la práctica lo anterior implica construir y comparar diferentes mapas. Es importante que la empresa considere la accesibilidad geográfica como un fenómeno dinámico y tenga en cuenta aquellas tendencias demográficas que afecten la ubicación futura de los grupos humanos frente a los servicios. El análisis deberá generar hipótesis sobre aquella localización de los puntos de distribución que responda de manera óptima a las condiciones y expectativas de los usuarios.

3.3.2. Accesibilidad cultural

Por razones de tipo cultural, los usuarios pueden haber adoptado patrones de utilización de los servicios, que determinan su accesibilidad a ellos. Entre otras situaciones, puede ocurrir que no exista en la comunidad una cultura de la prevención y de la consulta precoz; que los usuarios consulten en fases tardías que ya no son intervenibles desde los servicios de baja capacidad resolutoria, o que por el contrario sus patrones de utilización del servicio sobrepasen lo razonable. En Colombia puede ser relativamente frecuente que, debido a sus experiencias previas con la limitación operativa de los servicios locales, la población haya «aprendido» a saltarse los primeros niveles y congestionar los servicios

especializados y de mayor capacidad resolutoria.

Algunos autores han previsto el perfil cultural del nuevo consumidor de servicios de salud y lo describen como cada vez mejor informado, dispuesto a defenderse como cliente, sagaz, interesado en conocer las características de su situación y del servicio que recibe, exigente en relación con la calidad y oportunidad del servicio, renuente a esperar y más dispuesto a responder por su salud.

El análisis de accesibilidad cultural debe generar hipótesis sobre la tendencia de las características culturales del usuario que faciliten o dificulten el uso de los servicios.

3.3.3. Accesibilidad financiera

Los análisis de demanda deben identificar también aquellas características financieras de los usuarios que facilitan o dificultan su acceso a los servicios. Para esclarecer este problema puede ser importante revisar información disponible sobre las condiciones económicas de la población. En algunas localidades se cuenta con información sobre estratificación socioeconómica, líneas de pobreza, grupos con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), o *niveles* según el Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios (SISBEN). Especial impor-

tancia reviste la distribución de la población según su tipo de afiliación a sistemas de seguridad social que cubran los costos de la atención. El mapeo de los grupos, según sus características económicas y su capacidad de asumir los costos del servicio que requieran, puede facilitar mucho la identificación de los grupos prioritarios para la empresa, sin embargo, el resultado de la priorización que se realice dependerá de los criterios que el analista haya encontrado en las plataformas jurídica y de gestión y haya aplicado al procesamiento de la información disponible. En este mismo sentido, definir la estructura socioeconómica de los usuarios de la institución en los últimos años podría facilitar el análisis de accesibilidad.

El sistema colombiano de seguridad social segmenta el mercado de los servicios de salud al clasificar la población en tres grandes grupos, cuyas características podrían facilitar el análisis:

Población cotizante o afiliada al régimen contributivo. Población con capacidad de pago para cotizar a la Entidad Promotora de Salud una póliza que garantice el cubrimiento de los servicios de salud que requiera el cotizante y sus beneficiarios. A mediados de 1996, su volumen se estimaba entre el 17 y el 25% de la población colombiana, con variaciones amplias de acuerdo con la región; aún existen zonas en el país donde ninguna persona está cubierta por el régimen. Paradó-

jicamente, las regiones más apartadas donde las necesidades son mayores, presentan también las coberturas más bajas con el sistema de aseguramiento, dado que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) han empezado por consolidarse en las grandes ciudades.

Población subsidiada. Es la población más pobre e incapaz de cotizar al sistema de seguridad social, que ha sido identificada por medio del SISBEN como merecedora de subsidio y ha sido afiliada por el ente territorial a una Entidad Administradora de Subsidios. A mediados de 1996 se estimaba que cinco millones de colombianos estaban en proceso de carnetización, cifra que representa una proporción relativamente baja de la población colombiana necesitada de atención sanitaria. Las primeras experiencias frente a la identificación y carnetización de la población más pobre objeto de subsidio, ha puesto en evidencia algunas dificultades con la interpretación de la encuesta SISBEN, la insuficiencia de recursos para cubrir el subsidio de las personas identificadas en los niveles 1 y 2, la duplicidad de registro y cubrimiento con subsidios estatales y la interferencia de intereses en la asignación de estos últimos. Lo anterior hace pensar que la consolidación de este criterio como base para la segmentación del mercado, tarde algún tiempo.

Población «vinculada». Es un segmento poblacional constituido por personas sin capacidad de

pago que tampoco alcanzaron a ser incluidas en programas de subsidio directo, cuyos servicios, de acuerdo con la legislación colombiana, deben ser prestados por los hospitales estatales. Para 1996 más de 11 millones de colombianos se consideraban vinculados al sistema de seguridad social.

La situación descrita puede ser asumida por los hospitales estatales del país, desde dos perspectivas diferentes:

Como una oportunidad potencial para generar rentabilidad social sin comprometer la supervivencia y el crecimiento de la empresa, pues la prestación de servicios a la población de escasos recursos económicos, que anteriormente podía ser causa de preocupación financiera para la institución, puede realizarse ahora mediante contratos con las direcciones territoriales responsables de subsidiar la atención de su población más pobre.

Como una amenaza financiera potencial para la institución. En la medida en que el sistema no aumente sus coberturas en los regímenes contributivo y subsidiario, dará origen a que una proporción elevada de colombianos continúe vinculada al sistema, y por su incapacidad de pago no tenga más opción que acudir a los hospitales del Estado sin que operen los debidos contratos con entes territoriales. Dado que la población más pobre postergará su

demanda hasta que el problema haga crisis, los hospitales estatales de mediana y alta capacidad resolutive, podrían experimentar una mayor presión por parte de usuarios complicados y sin capacidad de pago.

La situación descrita obliga a las administraciones departamentales y municipales, a generar con urgencia recursos para aumentar la cobertura de los subsidios, a hacer cumplir la ley en lo referente a la obligatoriedad de la afiliación, a proteger la inversión que la sociedad ha hecho en los hospitales estatales, e impedir que las instituciones privadas los acorralen, aprovechando que no están obligadas a atender sino aquellos usuarios cubiertos por cotizaciones o subsidios.

En el pasado era frecuente que las instituciones de salud proyectaran linealmente la demanda de servicios en función del volumen de usuarios del período anterior. El Sistema Colombiano de Seguridad Social inserta la prestación de los servicios en el ámbito del mercado donde la demanda no es un fenómeno mecánico sino una variable dependiente del desempeño de la institución y de sus competidores. En este contexto incierto, el análisis de la demanda debe sustentar hipótesis sobre el comportamiento futuro de la capacidad de pago de los usuarios. En los hospitales públicos, la demanda puede aumentar a expensas de la población vinculada; los demás segmentos

del mercado (la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiario) podrían o no aumentar, más que por efectos mecánicos de procesos ocurridos al interior de la demanda, como resultado de una política institucional coherente. Las políticas de la institución se convierten entonces en una variable clave para predecir el comportamiento de la demanda y el éxito o fracaso de las empresas estatales.

El análisis de la accesibilidad financiera debe generar hipótesis sobre las condiciones de pago de los diferentes segmentos de la población.

3.3.4. Accesibilidad jurídica

El análisis de accesibilidad debe incluir la identificación y valoración de aquellas normas que impiden o favorecen el acceso de diferentes segmentos de la población a los servicios de salud.

3.3.5. Accesibilidad funcional

El acceso de los usuarios puede depender de las disposiciones establecidas por la empresa para organizar sus servicios: horarios, requerimientos, trámites burocráticos...

Los diferentes análisis de la demanda deben permitir a la empresa identificar no solo las carencias y requerimientos de la población, sino también sus expectativas y potencialidades. Las

empresas modernas confieren cada vez más importancia a las expectativas de la población y han logrado identificar algunas tendencias generales en la actitud de los usuarios, entre las que se destacan la valoración del tiempo, la exigencia de la calidad en la atención, los diseños personalizados («sobre medidas»), la comprensión del servicio y la participación en su prestación. Una vez se resuelven las necesidades básicas de subsistencia, puede detectarse un interés creciente por servicios y bienes que mejoren la apariencia física y el bienestar mental.

El análisis de la demanda habrá terminado cuando se haya formulado una hipótesis sobre cuáles serán las necesidades y expectativas más apremiantes de nuestros usuarios en los próximos años y cuáles pudieran ser los servicios más solicitados en la región para los mismos períodos.

4. Análisis de la oferta

Una de las actividades más importantes para el diseño del portafolio de servicios es el análisis de la oferta. Comprende el conjunto de procedimientos de recolección, interpretación y análisis de información dirigidos a formular una hipótesis sobre cuáles serán las instituciones y los servicios de mayor oferta en la región en los próximos años (y por ende los más competidos) y cuáles serán los más escasos.

El análisis del mercado coincide con este interés, pues pretende también identificar y valorar las características de la empresa y de los competidores con los siguientes propósitos:

- Identificar y caracterizar los competidores más importantes de la empresa en la región.

- Valorar el papel de la empresa frente a sus competidores.

- Valorar los alcances y limitantes de la articulación de los servicios en la región.

El análisis de la oferta puede entonces descomponerse en dos estudios complementarios:

- Análisis de la red de servicios

- Análisis de la competencia

4.1. Análisis de la red de servicios

Uno de los términos más utilizados en salud pública en los últimos años, supone la organización de las instituciones y los recursos para conformar «redes de servicios». El término suscita un conjunto de ideas sobre la complejidad variable de los servicios, la imposibilidad de resolver en una misma institución la inmensa gama de problemas de salud, y la necesidad de coordinar los recursos y los esfuerzos de las instituciones de una manera armónica

e integral, fenómeno que no siempre ocurre en la práctica, pero cuya influencia es determinante sobre el diseño del portafolio de servicios de la mayoría de las instituciones.

Al respecto, pueden ser de utilidad los siguientes análisis:

- Análisis de los recursos del sector

- Análisis de la producción y productividad de los servicios

- Análisis del sistema de referencia y contrarreferencia

4.1.1. Inventario de recursos en la región

De acuerdo con el interés especial del analista y las características de la institución que elabora su portafolio, pudiera ser importante elaborar un buen inventario de los recursos e instituciones prestadoras de servicios de salud en el área de influencia inmediata de la empresa. El inventario puede organizarse de acuerdo con diferentes criterios que dependerán mucho del interés de la institución; puede ser muy importante clasificarlos por su capacidad de resolución o por servicios. En el mismo sentido la distribución de las instituciones en un mapa puede facilitar los análisis.

En términos generales el inventario de servicios puede in-

cluir los siguientes aspectos, calculados por cada mil habitantes:

- Recurso humano general y especializado (médicos, odontólogos, enfermeros, auxiliares de enfermería, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales...).

- Recursos hospitalarios por institución (horas/consultorio médico, horas/consultorio odontológico, camas por servicio, camillas de urgencias, camillas de recuperación, salas de parto, quirófanos, unidades de cuidados intensivos, bancos de sangre, laboratorios, equipos de imagenología).

- Recursos por institución para programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

4.1.2. Funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia

La definición y la valoración del sistema de referencia y contrarreferencia juegan un papel fundamental en la comprensión de problemas de salud de mediana y alta complejidad, donde la atención inicial que recibe el usuario en los puntos de venta básicos resulta insuficiente. Desde la perspectiva del interés general, la salud pública ha reconocido siempre la necesidad de organizar los servicios por niveles de complejidad para garantizar la eficiencia

y reducir costos innecesarios; el modelo propone que los usuarios ingresen al sistema a través de los servicios de baja complejidad y menor costo y pasen sucesivamente a servicios más complejos y costosos. Lo que está en juego en este análisis es la integridad del servicio en un sector de la experiencia humana donde la ley del todo o nada puede significar la diferencia entre la vida y la muerte.

El funcionamiento del sistema de referencia de pacientes cuya situación supera la capacidad instalada de las instituciones, puede deducirse de la información sobre «casos remitidos a otra institución» y «casos recibidos de otra institución». Pudiera ser muy importante discriminar las referencias y contrarreferencias por servicios.

El análisis del sistema de referencia y contrarreferencia debe generar hipótesis sobre los puntos de venta donde se interrumpe o congestiona la red, pues estas situaciones pueden constituir áreas de acción de importancia variable al programar los servicios.

4.1.3. Análisis de la producción y productividad de los servicios

Los registros de producción y productividad (outputs-inputs) de las diferentes agencias que operan en el mercado, cuando es posible acceder a ellos, suministran información muy importante para valorar la competitividad de manera comparativa. Para cada

uno de los servicios analizados deben usarse patrones e indicadores que permitan compararlos entre sí.

Consulta médica: las diferentes instituciones que operan en el mercado pueden compararse de acuerdo con el número total de consultas totales, de primera vez y repetidas, la concentración de actividades por usuario y el rendimiento por instrumento...

Servicios de internación: en este caso la comparación de las instituciones puede hacerse con base en el número total de egresos registrados, el promedio de días de hospitalización, el porcentaje ocupacional, la relación consulta egreso.

Otros indicadores: pueden referirse específicamente a la productividad en servicios de atención obstétrica, procedimientos quirúrgicos, estudios de imagenología y laboratorio, transportes realizados en ambulancia... de acuerdo con el interés particular de la empresa y la disponibilidad de información.

4.2. Análisis de la competencia

Consiste en identificar y evaluar la acción de los competidores sobre el desempeño de la empresa. El análisis de los competidores debe establecer cuáles de ellos constituyen amenazas para la organización y en qué tipo de industria pudieran desplazar la acción de la empresa.

La identificación de competidores eficientes en un mismo mercado, puede llevar a la empresa a abandonar líneas de trabajo e incursionar en servicios poco desarrollados en la región, donde se optimice la aplicación de los recursos y la necesidad de los usuarios pudiera ser mayor.

Existen diferentes técnicas para comparar los competidores entre sí y con la propia empresa. Los analistas utilizan diferentes criterios para realizar esta evaluación. Para el análisis puede ser especialmente enriquecedor comparar las empresas en función de su participación en el mercado, la competitividad del precio, la calidad del producto, la fidelidad de la clientela y la capacidad financiera. Estos planteamientos pudieran estar muy relacionados con los análisis que se realizan para aclarar la estructura y funcionalidad de una red de servicios (producción y productividad de los servicios).

En Colombia las instituciones de baja capacidad de resolución tanto estatales como privadas competirán en sus propias localidades por los recursos destinados a atender el Plan Obligatorio de Salud (POS) para los usuarios cubiertos por el régimen contributivo y el subsidiario.

La competencia puede surgir también entre instituciones de nivel básico e instituciones especializadas o con mayor capacidad resolutoria, por fenómenos de postergación y desplazamiento

de la demanda. El escaso desarrollo de las instituciones de «primer nivel», ha represado la demanda de problemas de salud de baja complejidad; las personas afectadas por estos problemas postergarán su consulta hasta que la situación se haga crítica o se convierta en una urgencia; la demanda se realizará entonces a servicios especializados con mayor capacidad resolutive cuyo costo es mayor. La situación descrita podría generar una congestión de recursos especializados y a la vez una subutilización de recursos básicos.

Además es muy posible que las instituciones privadas compitan con los hospitales de «segundo nivel» que no han alcanzado un grado mínimo de operación en el campo de los servicios especializados. El posible resultado en los hospitales públicos será una reducción de la demanda de servicios de carácter ambulatorio y de baja complejidad, explicada por los contratos que las aseguradoras han hecho con instituciones privadas, y un incremento de la demanda de la población vinculada, especialmente a los servicios de urgencias.

El análisis de competitividad merecería un tratamiento más profundo del que se espera en un artículo introductorio como éste; es de esperar que el lector haya quedado motivado para informarse más sobre el asunto; por el momento pudiera ser im-

portante adicionar los siguientes comentarios generales:

La decisión del estado colombiano de organizar la red de servicios de salud con criterios de mercado corresponde a una tendencia mundial en pleno desarrollo, cuyos resultados y principios operativos no están exentos de crítica. Uno de los cuestionamientos más serios que pueden hacerse al modelo es que «el mercado de los servicios de salud no es de ninguna manera un mercado perfecto», ni puede serlo, entre otros factores, porque las necesidades que lo originan tienen un carácter inaplazable cuyo valor de uso (importancia para la persona y la sociedad) no es susceptible de asimilarse razonablemente a valores de cambio (precios).

El problema, planteado por la teoría administrativa para el sector privado, no ha sido adecuadamente resuelto para las instituciones estatales, ya que la dinámica del mercado que se da en el sector privado, no puede aplicarse mecánicamente al sector público y menos aún frente a necesidades inaplazables como la supervivencia y la salud. El sector privado asume una ética muy particular donde es frecuente y admitido que las empresas consideren a sus competidores como amenazas y decidan luchar con ellas para sobrevivir y desarrollarse en el mercado. Por el contrario, debido a sus fines sociales, a las instituciones del estado les resulta muy difícil defender el

argumento de que la supervivencia de una empresa estatal se da a expensas del menoscabo o la eliminación de otras. Es por esto que algunos autores proponen hablar de «emulación» en vez de «competencia» para referirse a la relación entre instituciones estatales que se desempeñan en un mismo mercado, y destacan la importancia de que cada institución se proponga superar permanentemente a las demás en calidad y eficiencia.

5. Programación de los servicios

Realizado el análisis del mercado, la empresa deberá revisar y diseñar sus servicios precisando los siguientes aspectos:

- Definición de los segmentos de la clientela.
- Definición de la oferta potencial.
- Definición de las características de los servicios a ofrecer por cada segmento de la clientela.
- Estimación de los costos de producción de los diferentes paquetes de servicios.

5.1. Definición y segmentación de la clientela

Dos de las actividades más importantes del diseño del portafolio son la identificación de la población usuaria (población blanco o target) y su correspondiente segmentación en grupos homogé-

neos. La empresa puede segmentar su clientela con base en diferentes criterios: el tipo de necesidades del usuario, sus condiciones de accesibilidad económica, cultural o geográfica, e inclusive, las características de la competencia. Los criterios de segmentación pueden elaborarse a partir del marco jurídico o la plataforma de gestión.

En Colombia, el Sistema Integral de Seguridad Social, segmenta la población usuaria de los servicios de salud en cuatro grupos a los cuales define la forma de pago y el plan de beneficios al que tienen derecho, así:

1. Toda la población: tendrá derecho, de manera gratuita y sin distinción, al Plan de Atención Básica (PAB) garantizado por el municipio y el departamento, en sus respectivas competencias y áreas de influencia. Los servicios de atención a la salud pública pudieran estar al alcance de la capacidad resolutive de las instituciones de primer nivel y constituir un frente de acción, rentable tanto a nivel social como financiero; en el marco de sus plataformas jurídica y de gestión, la empresa deberá decidir si incluye o no en su portafolio los servicios básicos del PAB y si compite por los recursos destinados a financiarlo.

2. La población afiliada al sistema: tendrá derecho a los beneficios del POS en los térmi-

nos que establece la ley. La población afiliada incluye tres categorías:

Afiliados cotizantes: personas vinculadas con un contrato de trabajo, servidores públicos, pensionados, jubilados y trabajadores independientes con capacidad de pago. La proporción de esta franja de la población varía en cada región. El promedio de afiliados al régimen contributivo, para diferentes regiones del país se estimaba en 1993 entre 7 y 25%.

Afiliado beneficiario o familiar: en Colombia, los afiliados contribuyentes tendrán los siguientes beneficiarios: el cónyuge o el compañero permanente cuya unión sea superior a dos años, los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges que haga parte del núcleo familiar y que dependa económicamente de éste; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge, compañero (a) permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado, no pensionados, que dependan económicamente de éste. Los beneficiarios tienen derecho al POS a través de pagos moderadores o copagos, que hace el afiliado contribuyente. Esta franja poblacional también varía en cada localidad, dependiendo de

su estructura demográfica y familiar.

Afiliados subsidiados: Es la población más pobre y vulnerable del país, sin capacidad de pago para cubrir el valor del seguro a través de la cotización. Para ser atendidos como población subsidiada deberán portar un carné, expedido por las agencias administradoras de subsidios, que los identifique como tal. Tendrán derecho progresivamente al POS al cual deberán acceder antes del año 2001, de conformidad con un plan que establecerá el Consejo Nacional de Seguridad Social. Inicialmente tendrán derecho a un seguro que cubra los costos de los servicios de salud del primer nivel; al entrar en vigencia la ley, el valor del seguro equivalía al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo; los servicios de 2do y 3er nivel se incorporarán progresivamente al Plan, de conformidad con su aporte a los años de vida saludables.

3. Vinculados al sistema.

Son personas sin capacidad de pago para cubrir la cotización, que tampoco han sido localizadas como población más pobre y vulnerable para ser consideradas como subsidiarias. La ley establece que, progresivamente y a más tardar en el año 2001, deberán estar afiliados al régimen subsidiario o al contributivo.

Por su parte, los usuarios pueden acudir a los servicios

directamente o a través de las entidades administradoras del sistema, las cuales, en muchos casos, actuarán como intermediarias entre el cliente y la institución que lo atiende. Lo anterior significa que las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán considerar como segmentos de la clientela los siguientes tipos de personas e instituciones:

- Las EPS, tales como: ISS, Cajas de Compensación, Empresas de Medicina Prepagada y Empresas Solidarias de Salud. Especialmente para que se preste a sus afiliados contribuyentes el POS y, en algunos casos, el Plan Obligatorio para sus afiliados al régimen subsidiario.

- Las administraciones municipales de su área de influencia, quienes pudieran estar interesadas en los servicios del PAB y los servicios asistenciales para la población vinculada y/o subsidiadas.

- Las Administraciones Departamentales, interesadas especialmente en servicios de complejidad intermedia y alta.

- Entidades de aseguramiento que cubren la atención de personas afectadas por accidentes de tránsito, actos terroristas y riesgos ocupacionales.

- Usuarios potenciales, tanto de los regímenes contributivo y subsidiario del Sistema General de Seguridad Social como

a los vinculados, que acudan como clientes particulares.

5.2. *Análisis del potencial de oferta*

Si la empresa pretende programar sus servicios de manera óptima, deberá tener en cuenta su capacidad de ofrecer servicios. Este análisis incluye los siguientes estudios:

- Dimensionamiento de la oferta actual: comprende el inventario, cuantificación y descripción detallada de cada uno de los servicios que actualmente ofrece la institución.

- Definición de los costos de producción de cada servicio.

- Definición del grado de desarrollo de la institución. Comprende el análisis de la capacidad de resolución de la institución con sus recursos actuales y potenciales.

Al definir la oferta potencial la empresa deberá construir diferentes escenarios futuros sobre supuestos de crecimiento o cierre de servicios.

6. *Definición de las estrategias y el plan de mercadeo*

Una vez revisados y definidos los servicios, la empresa deberá diseñar sus estrategias de acercamiento al usuario, las cuales suelen requerir mezclas variadas entre las siguientes:

- Estrategias relacionadas con la estructura y calidad de los servicios a ofrecer (producto).

- Estrategias frente a los Precios. Incluye la definición de tarifas: con base en las normas legales aplicables, los costos propios de la institución, los precios de la competencia y las características de la población.

- Estrategias relacionadas con los canales de distribución del servicio (Plaza) en función de los diferentes segmentos,

- Estrategias de Comunicación (Promoción): publicidad por diferentes medios, promoción de ventas, políticas en el punto de distribución, publicidad no pagada, etc... Para realizar estas actividades se deben tener en cuenta diferentes alternativas, cada una con su respectivo costo y potencial de recuperación.

- Estrategias de posicionamiento: después de identificar las diferencias con sus competidores define su principal mercado meta y adecúa los servicios a las necesidades y expectativas del mercado.

- Estrategias de contratación y negociación

- Estrategias de penetración en el mercado: el resultado de una buena estrategia deberá ser una alta participación en el mercado.

Con unas buenas estrategias de mercadeo la empresa

logrará establecer una ventaja competitiva sea en liderazgo en costos o diferenciación. La definición de las estrategias debe basarse en el análisis de la cadena de valor que se va agregando en cada servicio.

7. Definición de criterios de evaluación y control

El paquete no estará completamente diseñado mientras la empresa no haya definido sus criterios de seguimiento y evaluación:

- Control de calidad para cada servicio en función de características predefinidas (estandarizadas).

- Control de la eficiencia para cada servicio relacionando la productividad con el costo de producción.

- Control de la eficacia para cada servicio, para el caso de los servicios de salud, podrían ser indicadores epidemiológicos de impacto entre los usuarios (sobrevida, frecuencia de complicaciones, porcentaje de recuperación, índices de calidad de vida...).

- Control de la efectividad de cada servicio. Es importante que la empresa defina los criterios para elaborar su balance periódico. El balance puede incluir no solo los criterios financieros tradicionales sino también indicadores de la rentabilidad social (valor agregado al bienestar social) generada por la empresa.

Conclusión

El portafolio es una herramienta de gestión utilizado por las empresas para integrar funcionalmente diferentes actividades y procesos que la acerquen a los usuarios. En el caso de las instituciones prestadoras de servicios de salud de Colombia, el portafolio les permite soportar su desempeño en los siguientes aspectos:

- La rentabilidad social de la gestión
- La programación, ejecución y evaluación de los servicios.
- La definición de programas para el desarrollo científico y técnico del talento humano, de la infraestructura física y de la tecnología.
- La coordinación interinstitucional dirigida a integrar la red de servicios en la región y mantener en operación el sistema de referencia y contrarreferencia.
- La programación y ejecución de actividades de vigilancia epidemiológica y el control sanitario, en lo que sea de competencia de la Empresa.
- La promoción y difusión continua de los servicios.
- El mercadeo y la contratación de los servicios con los usuarios, las EPS, las Empresas

solidarias de Salud, las administraciones municipales y departamentales, y otras agencias.

Bibliografía

- Antioquia. Dirección Seccional de Salud. Instrumentos para el cambio. Medellín: La Dirección, 1994.
- Antioquia. Dirección Seccional de Salud. Instrumentos para el cambio. Organización de la red de servicios del departamento de Antioquia. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 1994.
- Cobra M. Flavio Z. Marketing de servicios, conceptos y estrategias. Santafé de Bogotá: McGraw Hill, 1991.
- David F. La gerencia estratégica. Santafé de Bogotá: Legis, 1991:110-113.
- Hiebing R. Scott C. Cómo preparar el exitoso plan de mercadotecnia. México: McGraw Hill, 1992.
- Lamata F, Conde J, Martínez B, Horno M. Marketing sanitario. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
- Levitt T. Miopía en la mercadotecnia. Biblioteca Harvard. p.3-17.
- Lovelock C. Services marketing. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1991.
- Stanton, Etzei y Waiker. Fundamentos de marketing. México: MacGraw Hill.
- Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Madrid: Díaz de Santos, 1994.