

Ethos de competitividad organizacional en salud: impulsores para las aseguradoras en salud del régimen contributivo *

Pedro Emilio Sanabria-Rangel 

Profesor investigador Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá - Colombia
pedro.sanabria@unimilitar.edu.co

Francisco José Szócs-Martínez 

Docente - Instructor Líder - del Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA, Bogotá - Colombia
franciscoszocs@hotmail.com

RESUMEN

PALABRAS CLAVE

Organizaciones sanitaria;
Competitividad sectorial;
Administración; Estrategia;
Diferenciación; Impulsores
de la competitividad; EPS

La investigación se propuso establecer sistémicamente los principales impulsores (drivers) que pueden desarrollar la competitividad de las organizaciones de salud, concretamente para las aseguradoras en salud del régimen contributivo (EPS's) en el contexto colombiano. El estudio fue interpretativo, cualitativo y descriptivo-exploratorio, estudiando documentos que mostraran los posibles impulsores de la competitividad, adaptándolos a la 'industria' de la salud, con un análisis específico. Se identificaron aquellos que, conjuntamente y dentro un comportamiento competitivo-organizacional, podrían ser sus factores diferenciales y competitivos en tres dimensiones o categorías (organizacional, estrategia y resultados) y atravesados por tres niveles de análisis (macro, meso y micro). Esto puede ser útil para aportar al desarrollo de la capacidad competitiva de las EPS nacionales, como plataforma de discusión para la política pública y una posible reforma respecto al sistema de salud y para estudiar la competitividad de este sector y sus organizaciones hacia el futuro.

Recibido: 28/12/2023 Evaluado: 03/08/2024 Aceptado: 28/05/2024

* Este es un artículo Open Access bajo la licencia BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) Published by Universidad Libre - Cali, Colombia.

Fuentes de financiación: Esta investigación no recibió financiación económica específica de alguna entidad de los sectores privados, públicos, comercial o sin fines de lucro. No obstante, su desarrollo recibió todo el apoyo de la Universidad Militar Nueva Granada; el trabajo que da origen al artículo se dio en el marco de la investigación y del trabajo de la línea de investigación en Estrategia y Control de Gestión del Grupo de Estudios Contemporáneos en Gestión y Organizaciones -GECGO- de la Universidad Militar Nueva Granada (Categoría A).

Contribución de los autores:

- Autor 1: Administración del proyecto; redacción, revisión y edición del texto; supervisión.
- Autor 2: investigación y redacción del borrador original.
- Los dos autores contribuyeron en la conceptualización, análisis formal de los datos, metodología y visualización.

Como citar este artículo/How to cite: SANABRIA-RANGEL, Pedro Emilio; SZÓCS-MARTÍNEZ, Francisco José. Ethos de competitividad organizacional en salud: impulsores para las aseguradoras en salud del régimen contributivo. En: Entramado. Julio - Diciembre, 2024. vol. 20, no. 2 e-I 1157 p. 1-28.
<https://doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.2.11157>

Ethos of organizational competitiveness in health: drivers for health insurance agencies of the contributory regime

ABSTRACT

KEYWORDS

Health insurance agencies; Sectoral competitiveness; Management; Strategy; Differentiation; Drivers of competitiveness; EPS

The research aimed to systematically identify the main drivers to enhance healthcare organizations' competitiveness, specifically for contributory regime (EPS) health insurers in the Colombian context. The study was interpretative, qualitative, and descriptive-exploratory, studying documents that showed the possible drivers of competitiveness, and adapting them to the health 'industry', with a specific analysis. Those that, jointly and within a competitive-organizational behavior, could be its differential and competitive factors in three dimensions or categories (organizational, strategy, and results) and crossed by three levels of analysis (macro, meso, and micro) were identified. This can be useful in contributing to developing the competitive capacity of national Health Maintenance Organizations (HMOs), serving as a discussion platform for public policy and a possible reform regarding the health system, and studying the competitiveness of the health sector and its organizations in the future.

Ethos de competitividade organizacional na área da saúde: motivadores para seguradoras de saúde contributivas

RESUMO

PALAVRAS-CHAVE

Organizações de saúde; Competitividade setorial; Gestão; Estratégia; Diferenciação; Fatores determinantes da competitividade; EPS; Competitividade do setor de saúde; Gestão; Estratégia

A pesquisa se propôs a estabelecer de forma sistêmica os principais fatores que podem desenvolver a competitividade das organizações de saúde, especificamente para as seguradoras de saúde do sistema contributivo (EPS's) no contexto colombiano. O estudo foi interpretativo, qualitativo e descritivo-exploratório, estudando documentos que mostram os possíveis fatores de competitividade, adaptando-os ao "setor" de saúde, com uma análise específica. Foram identificados aqueles que, em conjunto e dentro de um comportamento competitivo-organizacional, poderiam ser seus fatores diferenciadores e competitivos em três dimensões ou categorias (organizacional, estratégia e resultados) e percorridos por três níveis de análise (macro, meso e micro). Isso pode ser útil para contribuir para o desenvolvimento da capacidade competitiva das EPSs nacionais, como uma plataforma de discussão para políticas públicas e uma possível reforma relativas ao sistema de saúde e para estudar a competitividade do setor de saúde e de suas organizações em direção ao futuro.

I. Introducción

La competitividad organizacional es entendida como la capacidad para diferenciarse de otros, fundamentada en elementos intrínsecos poco imitables que generen resultados sostenibles a largo plazo: beneficios y bienestar; esto es objeto de estudio académico y de interés para las organizaciones y se enriquece permanentemente, sobre todo por el análisis a cada sector económico. En esta investigación se analizó el sector salud colombiano, particularmente para las aseguradoras en salud -AS- y específicamente las del régimen contributivo -ASRC-, llamadas EPS (previamente denominadas Entidades Promotoras de Salud).

La investigación buscó establecer, desde una aproximación sistémica, los principales impulsores (drivers) para desarrollar la competitividad de las ASRC (EPS) en el contexto colombiano. Específicamente se buscó también describir y analizar los elementos generales de la competitividad; revisar aquellas dimensiones y aspectos de ella aplicables al sector salud; y definir y analizar sus principales factores asociados con las EPS.

Al revisar la literatura se evidencia escasez de estudios sobre el tema, una producción dispersa alrededor de sus componentes y la persistencia de la pregunta sobre aquellos impulsores que desarrollan su competitividad. Este documento pretende aportar a su análisis integral. Empero, existen algunos estudios que muestran aspectos intrínsecos (endógenos)

y extrínsecos (exógenos) para la competitividad, y algunos que revisan su confluencia ([De Grauwe y Polan, 2003](#); [Salas, 2019](#); [Simionescu, Pelinescu, Khouri y Bilan, 2021](#)). Sin embargo, no se analizan explícita, equilibrada y holísticamente para las instituciones sanitarias, por lo cual aquí se hace un abordaje sistémico.

Esta investigación aporta un esquema de análisis cualitativo para comprender los impulsores fundamentales para AS, sus especificidades y la pertinencia de los factores competitivos generales. Los resultados podrían contribuir a la capacidad competitiva de las EPS colombianas que requieren identificar factores claves para interpretarse e intervenir, principalmente frente a escenarios de crisis o posible desaparición de varias. También pueden servir de base para la generación o revisión de la política pública respecto al sistema de salud, especialmente frente a las discusiones existentes y las diversas propuestas para reformarlo. Finalmente, generan un marco de análisis interpretativo que podría facilitar estudios futuros de la competitividad de las organizaciones de salud y del sector.

El documento introduce el tema presentando las deficiencias principales y la estructura general del estudio; posteriormente, en él se revisan los principales referentes existentes en la literatura, principalmente frente a los niveles de competitividad y la perspectiva de procesos; más adelante se presentan los aspectos metodológicos (perspectiva, enfoque, tipo, procedimiento y método, técnicas e instrumentos); enseguida, los resultados de la investigación (incluidos los determinantes ajustados al sector sanitario y la estructura general del marco de análisis diseñado) y la discusión en torno a ellos; se cierra con las conclusiones.

2. Marco teórico

La competitividad organizacional se suele entender como la capacidad para generar y distribuir bienes o servicios en mejores condiciones que los demás (precio, calidad, oportunidad, etc.) ([Porter, 1985](#)); normalmente basados en la productividad de diversas innovaciones ([Krugman, 1994](#)); usando efectivamente los recursos, mediante procesos sistemáticos y flexibles que generen innovación y calidad ([Montenegro y Álvarez, 2011](#)); con vitalidad, continuidad y progreso ([Ali y Camp, 2019](#)); de manera omnipresente y agregando valor ([Porter, 2008b](#)); o como la conjunción innovación-sofisticación que vitaliza y premia la eficacia, eficiencia, armonía estructural y procesos ([Filipova y Yuleva, 2018](#); [Salas, 2019](#)).

No obstante, ella no constituye un fin sino un medio para mejorar la vida humana y social ([Consejo Privado de Competitividad, 2021](#)) y se encuentra condicionada por los mismos determinantes del crecimiento y desarrollo económico de los países ([Medeiros, Gonçalves y Camargos, 2019](#)).

Etimológicamente, competencia proviene del prefijo del latín clásico –con- (juntos) y del sufijo –petere- (propósito) ([Siudek y Zawojka, 2014](#)). Entonces, distinto a como se entiende habitualmente (una pugna entre rivales), la competencia servirá de medio para obtener logros conjuntos (colaborativos), se relaciona con estrategia e innovación ([Chango, 2018](#); [Montes, 2021](#); [Sanabria, Morales y Montoya, 2023](#)) y se asocia con un espacio físico (fundamento de los niveles de la competitividad, competitividad sectorial, posicionamiento, etc.).

Sobre el tema se deben considerar los aportes de [Ansoff \(1958\)](#) sobre la diversificación estratégica o la dirección estratégica ([Ansoff y McDonell, 1997](#)), las contribuciones de [Collis y Rukstad \(2008\)](#) en torno a la estrategia, la relación planteada entre estrategia y estructura por parte de [Chandler \(1998\)](#), las prácticas y tareas administrativas usadas en las organizaciones que sistematizó [Drucker \(1973\)](#), la formas de administración propuesta por [Greenwald \(2008\)](#), y los elementos de la ejecución estratégica planteados por [Neilson, Martin y Powers \(2008\)](#).

Dadas las limitaciones de los estudios previos a la competitividad en organizaciones sanitarias, este trabajo opta por la aproximación sistémica a sus determinantes de desempeño en los niveles desagregados de competitividad sistémica¹ ([Esser, Hillebrand, Messner y Meyer, 1994](#)) y dentro de la perspectiva de procesos ([Mariño, 2001](#)).

En la investigación se asumen tres niveles de competitividad organizacional (macro, meso y micro) ([Altenburg, Hillebrand y Meyer, 1998](#)). Aunque no se tomó como referente para este análisis en salud, el nivel meta consideraría condiciones de desarrollo económico y social de largo plazo; organización de actores; capacidad social para resolver problemas, aprender y cambiar; factores socio-culturales (capital social); capacidad para compartir valores en redes; tendencias mundiales; imaginarios sobre desarrollo económico ([Mačkić, Škrabić y Sorić, 2014](#)).

Lo macro implica aspectos extrínsecos de la competitividad, lo micro son aspectos intrínsecos y lo meso el enlace entre ellos (también extrínseco). La interacción macro-meso-micro resulta indispensable en el análisis (Yunxian y Wenjing, 2019) pues todo sistema implica “causar una unión” (Senge, 2006); ante deficiencias del micro o fallos del macro interviene el nivel meso.

El nivel macro se asume como ‘productividad’ orientada al contexto internacional (Reinert, 1995), aunque está atada a la organizacional (micro) y depende de las políticas públicas sobre: libertad o regulación comercial (Cetindamar y Kilitcioglu, 2013); implementación gubernamental (Stefan, Popa y Dobrin, 2016); investigación, desarrollo e innovación (I+D+i) (Gómez y Guerra, 2012); equidad distributiva, educativa y crediticia (Suñol, 2006). Esto evidencia la relación simbiótica organizaciones-entorno, lo que demanda liderazgo local y nacional (Ketels y Porter, 2021).

El nivel meso incluye la simbiosis entre aspectos extrínsecos e intrínsecos en la gestión: políticas concretas (para sectores específicos para corregir fallas del mercado); espacio de acción (derivado de implementar aquellas políticas y conformado por gobiernos y ciudadanos); espacio donde alcanzar su éxito ante cambios externos que afectan la estrategia (Díaz, 2010; Porter, 1990). Esto determina estrategias e instrumentos específico en organizaciones públicas y privadas (Mačkić et al., 2014).

A nivel micro están aquellos aspectos intraorganizacionales que responden al entorno. Esta competitividad originaria (PyME’s, organizaciones, clusters, etc.) pretende optimizar la eficiencia, calidad, adaptabilidad y receptividad, ajustándose a las particularidades de sus productos o servicios y su mercado. Habiendo entendido su ecosistema, cada organización hace su ‘desarrollo interno’ y actúa con: conocimientos, prácticas o habilidades (Cetindamar y Kilitcioglu, 2013); determinaciones administrativas (Rasulova, Roshka y Donets, 2010); monitoreo, metas e incentivos (Fontagné y Santori, 2014); estrategias, estructura, competencias o innovación (Ambastha y Momaya, 2004); y calidad entregada (procesos y habilidades tecnológicas y de I+D) (Aiginger, Barenthaler y Vogel, 2013).

Por otra parte, la perspectiva de procesos (Mariño, 2001), esbozada en la Figura 1, implica ver los fenómenos como un flujo entorno-organización, que transforma inputs en outputs (aspectos extrínsecos o exógenos) mediante procesos organizacionales internos (intrínsecos o endógenos), y al sistema como totalidad, pues sus elementos se ‘aglomeran’ hacia un propósito común (Senge, 2006). Estos afectan la cadena de valor (Porter, 1991), la calidad (ISO, 2000; Sanabria, Romero y Flórez, 2014) y los aspectos del tablero de control de las organizaciones (Kaplan y Norton, 2007; García, Sanabria y Ospina, 2013), entre otros aspectos, y se ven afectados por el entorno en sus capacidades de adquisición y uso de recursos para crear valor (Jones, 2013).

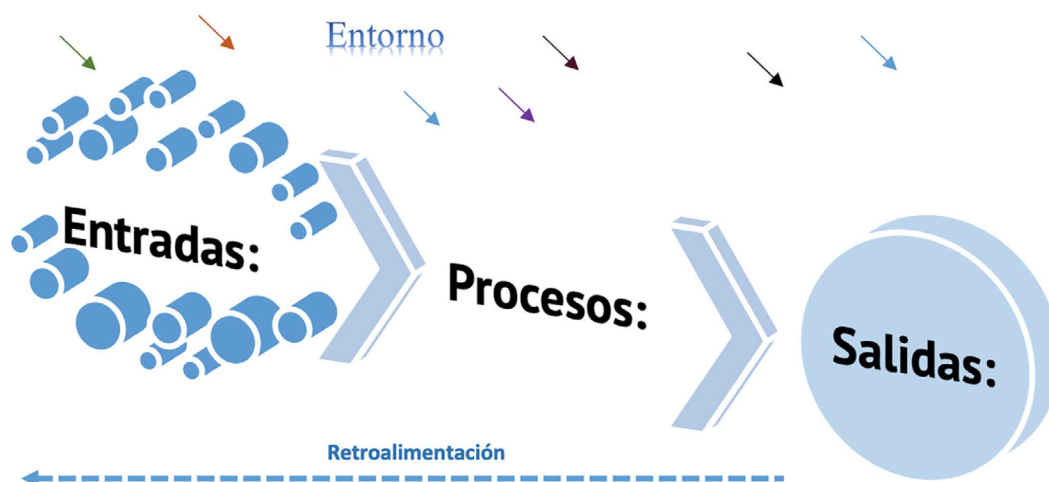


Figura 1. Elementos del sistema organizacional
Fuente: Elaboración propia

Esta visión explicita la amplitud de la competitividad organizacional y la simbiosis existente entre los aspectos internos y externos de las organizaciones.

3. Metodología

La investigación fue interpretativa, cualitativa, transversal y exploratoria-descriptiva, conforme con lo planteado por [Hernández, Fernández y Baptista \(2014\)](#) y [Sanabria \(2016\)](#). Se optó por un enfoque cualitativo pues se trata de un sector sensible relacionado directamente con las dinámicas humanas específicas que requieren entendimiento y comprensión en profundidad más que explicación (generalización, causalidad o cuantificación) pues, como afirma [Martínez \(2011\)](#), esto es más cercano a los fenómenos sociales y las realidades humanas cambiantes. También se optó por estas alternativas porque en este momento se requiere construir un esquema teórico que sirva de referente para que la comunidad científica pueda realizar investigaciones empíricas y/o cuantitativas hacia el futuro.

En la investigación no se consideró la realización de un análisis bibliométrico, un metanálisis, ni una revisión sistemática, sino que se fundamentó en la revisión narrativa que pretende realizar la síntesis de los estudios existentes y la exploración de su multiplicidad y variedad de forma descriptiva y no estadística ([Grant y Booth, 2009](#); [Rother, 2007](#)).

La búsqueda principal de literatura se realizó en las bases de datos por suscripción: Dialnet Plus; Emerald Insight; y JSTOR, pues ellas correspondían mejor temáticamente con las categorías de la investigación (competitividad, competitividad en salud y aseguradoras en salud del régimen contributivo) y permitían ubicar documentos que podrían incluir la diada competitividad-salud.

El procedimiento de investigación implicó unas ecuaciones de búsqueda con los términos “EPS” y “Competitividad” (también sus equivalentes en inglés de “Health Maintenance Organizations”; “HMOs”; “Health Insurers” y de “Competitiveness”) y usando los operadores del sistema booleano and (y), or (o) y los truncadores (“ ”) y (*), aplicados en todos los casos a los campos de título, resumen y palabras clave.

En tal sentido, con base en la búsqueda referida, se procedió a filtrar y seleccionar los documentos más pertinentes frente a la temática de estudio, priorizando aquellos publicados en la última década (2014-2024) y con mayor relevancia. De allí se obtuvieron 30 documentos que se usaron para el análisis.

No obstante, dada la escasez de estudios específicos y contextuales sobre el tema, posteriormente se acudió a la consulta en bases de datos de uso libre y documentos de instituciones nacionales e internacionales y se seleccionaron aquellos que se consideraron importantes para el análisis por su relación directa con las categorías de Salud, EPS y competitividad (siguiendo los mismos criterios de la ecuación de búsqueda inicial) y que aportaran de manera directa a la argumentación; entre ellos journals como Gerencia y Políticas de Salud (Pontificia Universidad Javeriana) (28 artículos) e Innovar (Universidad Nacional de Colombia) (20 artículos). De allí solo se tomaron para análisis 13 artículos de la primera revista y 4 de la segunda.

Los textos institucionales sobre competitividad, ventaja competitiva y teorías asociadas (20 documentos) se consideraron relevantes por tratarse de organizaciones o publicaciones reconocidas en torno a las temáticas de salud y gestión de la salud, a saber: revistas gremiales y estatales como Conexión -Acemi- y Monitor Estratégico -Supersalud-. De todos los documentos institucionales hallados se tomaron (20 y 1 respectivamente). También se consideraron documentos de instituciones de investigación relacionadas con la competitividad, aplicables al sector salud (McKinsey Global Institute) (3 documentos) y fuentes periodísticas como Portafolio (10 artículos) y La República (21 artículos), entre otros. Estas fuentes se incluyeron por constituir un referente para la contextualización y contrastación de los diversos planteamientos teóricos hechos en el artículo con la realidad nacional y hechos específicos sobre el tema.

Adicionalmente, en función de la construcción del marco teórico y de la discusión se aclara que se incorporaron también algunos artículos, libros y documentos de más de cinco años por tratarse de textos seminales o autores de significativa relevancia en los campos correspondientes a competitividad y salud. Muchos también por tratarse de textos que se trabajaron contextualmente sobre el tema para Colombia y que corresponden al periodo posterior a la aprobación de la Ley 100 en el país. En el periodo comprendido entre 2014 y 2024 se encontraron y usaron un total de 94 documentos (30 artículos científicos, 7 libros, 32 artículos periodísticos, 20 artículos gremiales en salud y 12 institucionales-académicos).

De todos los documentos identificados se seleccionaron para el análisis los más relevantes (aquellos referidos al contexto sanitario latinoamericano y, específicamente, al colombiano) y constituyeron una base inicial de 250 documentos, de los cuales se tomaron 167 que fueron los finalmente analizados y utilizados como base para la obtención de los resultados.

El método de investigación interpretativo que se usó fue la investigación documental y la técnica de investigación fue la de análisis documental -análisis de contenido- (Berelson, 1969); los instrumentos de análisis fundamentales fueron: la ficha de lectura, la tabla de análisis y la matriz de operacionalización de variables.

Las fichas de lectura permitieron la sistematización de la información más relevante de cada documento, principalmente: temática central, fecha de publicación, objetivo de investigación, metodología empleada, impulsores de competitividad trabajados, resultados más relevantes y aportes a la temática frente al sector salud.

Mediante la tabla de análisis se realizó la clasificación, comparación y contrastación de estos documentos en el marco de cuatro categorías: (a) artículos sobre competitividad organizacional y aseguramiento en salud (Colombia); (b) gremiales sobre aseguramiento, políticas y administración en salud; (c) normatividad sanitaria colombiana; y (d) documentos institucionales nacionales e internacionales sobre salud y competitividad.

Tanto las fichas de lectura como las tablas de análisis permitieron el análisis de la información recopilada sin que ello implique el desarrollo de procesos de validación, aunque sí el uso de procesos de triangulación de la información documental. Esto se hizo mediante la contrastación de la información recopilada entre fuentes documentales académicas, fuentes documentales gremiales y sectoriales y fuentes periodísticas.

Con base en lo anterior se formularon los tres aspectos (niveles) propuestos para el análisis de los determinantes de la competitividad (extrínsecos: macro y meso; e intrínsecos: micro); más adelante estas se ubicarían como filas en la [Tabla 2 \(Ver Anexo A\)](#).

La matriz de operativización de variables generó el marco general para la clasificación e identificación de los aspectos representativos dentro de las categorías planteadas: organizacional, estrategia y resultados ([Tabla 1](#)).

Tabla 1.
Matriz de operativización de variables

Concepto	Definición	Dimensiones (Categorías)	Impulsores (drivers) (Subcategorías)
Competitividad	Equilibrio organizacional superior, fundado en ventajas intrínsecas y adaptación al entorno, para lograr fines, objetivos y metas, y beneficios para los diversos <i>stakeholders</i> .	Organizacional	Estructura organizacional Talento humano
		Estrategia	Metas en términos de valor Recursos del entorno Toma de decisiones-acciones Competencias clave
		Resultados (Beneficios)	Económicos No económicos

Fuente: Elaboración propia con base en estructurado con base en [Szőcs y Sanabria \(2024\)](#); [Szőcs \(2018\)](#) y otros.

Con base en la matriz, se formularon también las otras dimensiones o categorías de análisis para la organización de estos aspectos competitivos claves (organizacional, estrategia y resultados); más adelante estas se usarían como columna en la [Tabla 2 \(Ver Anexo A\)](#).

Así, los impulsores que se fueron encontrando a través de los instrumentos señalados se fueron organizando en la estructura de una matriz de doble entrada en la que se presenta la síntesis del análisis para los tres niveles señalados y en relación con cada una de las tres dimensiones planteadas para la investigación. Hecho esto se fueron desagregando aquellos que podrían contextualizarse a las organizaciones sanitarias (concretamente ASRC) con el fin de realizar el análisis de los factores de competitividad para ellas (ver más adelante la [Tabla 2 \(Ver Anexo A\)](#) que representa también el modelo propio propuesto para el análisis de la competitividad para las ASRC y las organizaciones de salud).

Se consideran como principales limitaciones de esta investigación: el alcance inicial, que prioriza la aproximación teórica (por su naturaleza exploratoria-descriptiva) y que requerirá en el futuro ubicar evidencia, y realizar el acercamiento a casos concretos (investigaciones complementarias a esta se orientan en ese sentido); el trabajo con tres de cuatro de los niveles de competitividad sistémica (macro, meso y micro), por considerarse estos los representativos para este análisis; la alusión específica al caso colombiano, aunque se usan referentes internacionales, pero dejando aparte el estudio de entidades

latinoamericanas y mundiales; la precaria información existente sobre modelos particulares de gestión en organizaciones sanitarias; y la escasez de investigaciones y documentos específicos sobre competitividad organizacional en ASRC.

Como resultado de este marco metodológico, se evidencian los resultados y la interpretación realizada con respecto al tema. Los argumentos que se presentan muestran la pertinencia del tema de la competitividad para analizar las ASRC y el sector salud en general y los principales determinantes para comprender e intervenir la competitividad en estas organizaciones.

4. Resultados

Los resultados obtenidos del análisis efectuado se presentan en función de las tres categorías de la competitividad sistémica seleccionadas y la perspectiva de procesos. Estos elementos se sistematizan y concretan finalmente en la [Tabla 2 \(Ver Anexo A\)](#).

4.1. Niveles desagregados de competitividad en las ASRC

Los niveles de competitividad sistémica para el sistema de salud y las ASRC se resumen en la siguiente [Figura 2](#).

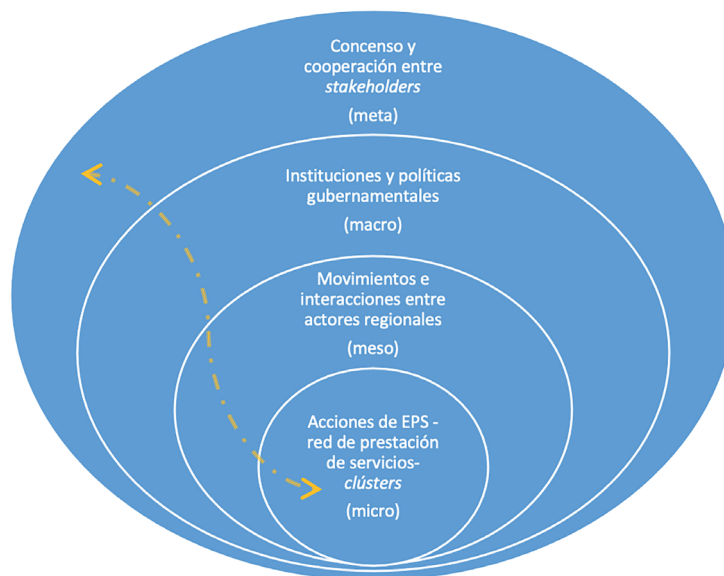


Figura 2. Niveles de competitividad para la ASRC
Fuente: Elaboración propia.

Aunque el nivel meta de la competitividad sistémica no se usó para el análisis en esta investigación, se puede afirmar que este afecta el nivel micro, por ejemplo, para formar alianzas privadas o esquemas colaborativos, que en salud fueron fundamentales para enfrentar la pandemia y generar capacidad de aprendizaje y articulación entre actores para satisfacer los requerimientos tecnológicos, organizativos, sociales, y ambientales ([Gracia, 2006](#)).

Así, la esencia del servicio de salud está en beneficiar la población y el entorno, enmarcada en las políticas nacionales, incluidas las de salud (nivel macro). La AS representaría a los ciudadanos y su bienestar -como asegurados- (nivel micro).

El nivel macro incluiría las políticas sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, su despliegue, la rendición de cuentas, la trazabilidad en su cadena de valor (desde el aseguramiento hasta los insumos para atención, con eficiencia) ([Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud, 2020](#)) y los dineros que recibe cada aseguradora por la prestación de servicios a afiliados (manifestados en la Unidad de Pago por Capitación -UPC-, entre otros). Sin embargo, la gobernanza se ha distorsionado debido a vacíos jurídicos, de competencias y de roles ([Galán, 2021](#)), que subsisten incluso bajo los cambios normativos en curso, considerándolas auditoras del servicio pero catalogándolas también como administradoras ([Acemi, 2021d](#)).

Aquí también se encuentran: la regulación comercial y el marco legal de acuerdos de colaboración entre competidores² estipulado por la Superintendencia de Industria y Comercio -SIC-, beneficiando la cadena de valor sectorial ([Buitrago, 2021a](#)) al permitir que competidores combinen sus recursos y/o operaciones; las políticas de I+D+i; los avances en tecnologías sanitarias³; y los servicios de salud que generan valor al entorno⁴. Por ello el sector salud se considera factor de crecimiento económico, al expandir “la fuerza de trabajo” ([Morales, 2021d, p. 138](#)). Se observa nuevamente la relación recíproca entorno-organización.

El nivel meso se representa por la gestión conjunta de los actores regionales, para responder a sus necesidades de aseguramiento en salud. Por ejemplo, en la pandemia Minsalud establecía normas, los entes territoriales de salud vigilaban y controlaban su cumplimiento, y las aseguradoras prestaban el servicio en clínicas y hospitales ([Becerra, 2021](#); [Miranda, 2021](#)). Los organismos de inspección, vigilancia y control ayudaron en el proceso de conciliación de cuentas de pago entre aseguradores y prestadores para beneficiar al asegurado ([Gutiérrez, 2022b](#)). Al comienzo existieron problemas en capacidad instalada, insumos y equipos para atención y diferencias de capacidades de salud pública y epidemiológica inter-regiones ([Manrique, Moreno, Hurtado y Prieto, 2020](#)), aunque la telemedicina facilitó la cooperación (prestadores de servicios, instituciones de educación superior y gobierno, etc.) ([Figueroa, 2020](#)) permitiendo la transformación digital, la atención telefónica y consultas virtuales, la atención domiciliaria y la virtualización de múltiples procesos ([Vélez, 2021b](#)). Cada región mostró sus particularidades y ventajas competitivas, pues la heterogeneidad generó estrategias distintivas para atender mejor al mercado y tener prosperidad ([Yunxian y Wenjing, 2019](#)).

El nivel micro refiere a la maduración del conocimiento organizacional dados los cambios como, por ejemplo, con la pandemia Covid-19, que implicó: modelos de atención creativos⁵; impacto en los resultados; disminución de costos de atención para las partes ([Clark, Rost y Stolyarova, 2021](#); [Portafolio, 2020b](#)); descongestión de hospitales y ahorro en tiempos de traslados ([Portafolio, 2020a; 2020b](#)); mejora en los indicadores de calidad de atención a pacientes (especialmente de lugares apartados) ([Portafolio, 2020a](#)); y aprendizaje sobre uso de TIC⁶, principalmente para Telesalud ([Morales, 2021b](#); [Brun, 2021](#); [Rozo, 2021](#)) y Telemedicina (transformando la consulta física en multicanal) ([Clark et al., 2021](#)). Esto se convirtió en la primera opción de atención en Latinoamérica⁷ ([Child, García, Medforf, Roark y Torres, 2022](#)).

Otros factores de esta tecnología son: atención multicanal, terapias digitales (inteligencia artificial, información del paciente, gamification de la atención), exoesqueletos para robótica y terapéutica, implantación de microchips como agentes terapéuticos y paliativos -electroceuticals-, dispositivos de salud (implantables, digeribles o portables), procedimientos quirúrgicos avanzados; vacunación; terapia celular y medicina regenerativa; medicamentos de nueva generación; y tecnología molecular ([Remes et al., 2020](#)). Para Colombia son la telemedicina y la atención multicanal, que permitieron atender a afiliados pese a las restricciones de movilidad y aislamiento en pandemia. En una EPS representativa del país el modelo de atención en casa y la oximetría temprana fueron preponderantes ([Lorduy, 2021](#)); sus canales tecnológicos para agendar vacunación la situaron como la segunda en alcanzar esquemas completos para sus asegurados (a febrero de 2021), lo que le representó ingresos por 5,9 billones de pesos y un aumento en su participación de mercado del 8,9% (506.652 afiliados adicionales) ([Solórzano, 2021b](#)), manteniéndose después tercera respecto a esquemas completos (a junio de 2021) ([Solórzano, 2021a](#)).

Entre las estrategias interorganizaciones estuvieron alianzas estratégicas y capitalizaciones entre instituciones privadas regionales ([Acemi, 2021b](#); [Morales, 2021a](#)) (asegurador y prestador cooperando), colaboraciones entre organizaciones sanitarias (laboratorios, empresas de aparatos tecnológicos, hospitales y academia) ([Morales, 2021b](#); [Rozo, 2021](#)) y redes especializadas y de mayor productividad ([Romero, Pertuz y Orozco, 2020](#)). También se reafirmaron otras relaciones (aseguradoras-cajas de compensación familiar) generando valor al usuario, reputación organizacional, eficiencia operacional, mayor capacidad instalada, creación y multiplicación de conocimiento y mayor bienestar ([Acemi, 2021a](#)).

4.2. Aspectos de procesos para la competitividad en las ASRC

En las AS entre los inputs está la UPC⁸ (personificando a los afiliados), transformada mediante procesos internos, para obtener outputs (resultados y prestación adecuada de servicios de salud -consultas, procedimientos, exámenes y medicamentos-). Así, su desempeño resulta evaluable mediante la satisfacción de afiliados, reflejada también en una población saludable y económicamente activa ([Figura 3](#)), permitiéndole obtener nuevos recursos (para la renovación constantemente del ciclo).

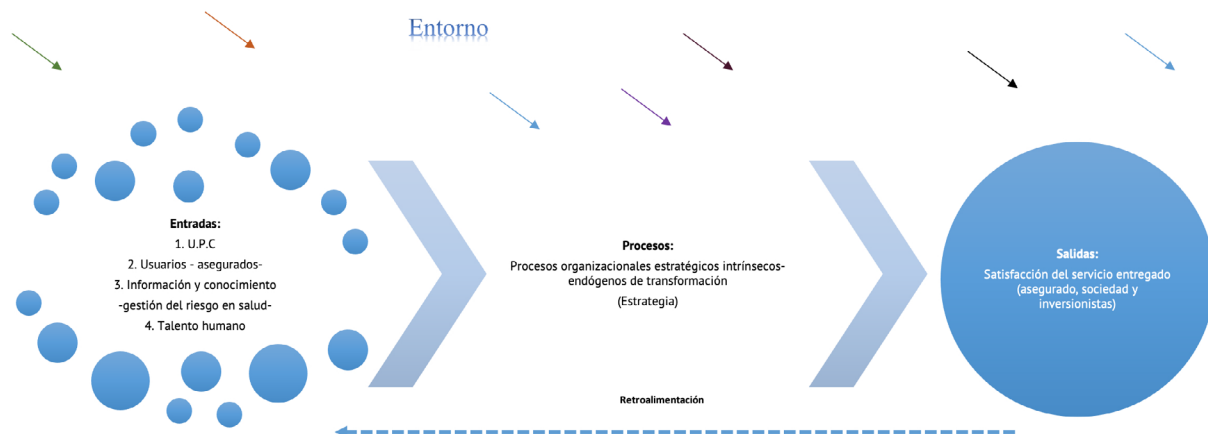


Figura 3. Elementos de sistema para generar valor para una ASRC
Fuente: elaboración propia.

Esta visión de procesos implica también la relación y sinergia entre los aspectos exógenos y endógenos de las ASRC.

No obstante, existen barreras a su competitividad, a saber:

A nivel macro:

Débil institucionalidad del sistema de aseguramiento⁹, deficiencia en atención al asegurado, discriminación del usuario, cambios permanentes e interpretaciones divergentes sobre normatividad, intereses particulares de sus actores, prácticas especulativas y corrupción, regulación incompleta y prevalencia del derecho a la libertad económica sobre el derecho a la salud.

También debilidad de gestión por recursos disponibles limitados (insuficientes para ofertar los servicios del plan de beneficios -ilimitados por los fallos judiciales que lo desbordan ([Moreno, 2022](#)) -, exlimitaciones institucionales que inflan los costos médicos, deterioran la calidad y aumentan la demanda con incremento del gasto) ([Chernichovsky et al., 2012](#); [Martínez y García, 2012](#)). También existen inconvenientes de jurisprudencia frente a la naturaleza y el uso de la UPC por parte de la aseguradora, haciendo que deban ser manejadas mediante contratos tipo aseguramiento (no regidos por el código de comercio) y generando riesgos legales (por la contradicción -constituye un pago pero no ingreso, por considerarse recursos de destinación específica-) y financieros (el incumplimiento en sus funciones de agencia asignadas por la ley -derivados de la UPC- y el hecho de que deben asumirlo con su patrimonio -desequilibrio financiero entre AS-Estado-). Esto limita las aseguradoras como organización ([Arias, Paredes, Santos y Duarte, 2012](#)).

Finalmente, inconvenientes en la gestión del riesgo en salud pues la UPC por asegurado (que garantiza la prestación) termina incorporándolo todo (acciones de prevención, regulación y negociación con prestadores de salud asociados a la canasta de tratamiento predeterminedada por el Estado -plan de beneficios-).

A nivel meso

Falta coordinación normativa ([Guerrero, Soto y Prada, 2019](#))¹⁰, que deteriora la institucionalidad entre actores del sistema regional¹¹; significativa variación en la capacidad institucional municipal (capital financiero, capacidad humana y gestión de información)¹²; confusión sobre reglas (por multiplicidad de roles entre los niveles central y regional); y falta de garantía de las redes contratadas por las aseguradoras respecto a la geografía nacional¹³.

Adicionalmente, debilidades persistentes en la capacidad institucional y operativa ([Galán, 2021](#)).

Por último, fragmentación operativa (distorsiona el objetivo de la salud -esquemas contractuales, interacción entre sistema de información y forma de pago-) ([Brun, 2021](#)).

A nivel micro

Problemas en la cadena de valor e integración vertical (y sobre rasgos competitivos), junto con desventajas como: limitaciones a la libre elección de los usuarios; riesgos éticos para el personal de la salud (disminuye la producción, innovación y competencia); costos marginales por costos de transacción; disminución de responsabilidades administrativas y financieras de la aseguradora; incentivo a la apropiación de ganancias por actores y fallas en el manejo administrativo (rivalidades internas y desincentivos al personal)¹⁴.

También se afirma que al eliminar la integración vertical se crea incertidumbre en la operación de la aseguradora y se afectan la gestión de riesgo en salud y el control del gasto ([Arias et al., 2012](#)), que son las que permiten obtener su margen de utilidad bruto sin deteriorar la calidad ([Prada, 2011](#)).

Al respecto [Morales \(2021c\)](#) explicita la distorsión del concepto de integración vertical en Colombia y su inoperancia como estrategia organizacional, aunque afirma que no está restringido, pues existe un alto grado de incertidumbre jurídico por su desarrollo cronológico: la Ley 100/1993 (art. 179) definió que las EPS “prestarán directamente o contratarán los servicios de salud”, la Corte Constitucional (Sentencia C-616/2001) decretó exequible (constitucional) el “prestarán directamente” al considerar que no violaba el principio de igualdad, no generaba posición dominante en el mercado y no afectaba la libre empresa. Posteriormente, la Ley 1122/2007 (art. 15) estipula que no podrían contratar con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud (limitando parcialmente la prestación de servicios) y otorga un año para ajustarse, lo que quedó en firme con la exequibilidad en sentencia C-1041/2007 en la que también se estableció que la Supersalud debía determinar los criterios objetivos, contenido y significado de ello (a pesar de no tener potestad legislativa); esto llevó a la promulgación de la Resolución 1424/2008 (que parece haber desvirtuado el espíritu de la norma) y que, por solicitud de las EPS argumentando un posible exceso ante la ley, fue revisada por el Consejo de Estado con sentencia 11001-03-24-000-2009-00518-00/2019 que ratificó la resolución.

En suma: No existe restricciones vigentes para que las EPS ofrezcan directamente servicios mediante su infraestructura o sus establecimientos (IPS's) bajo el mismo NIT; no hay limitación para contratar con entidades sobre las cuales se ejerza control (siempre que no sean sociedades); y no existe prohibición, aunque la aseguradora y el prestador pertenezcan al mismo grupo empresarial, con alguna salvedad ([Morales, 2021c](#)).

Así, la integración vertical hacia adelante ([Penrose, 2009](#)) podría ser positiva para las AS, permitiéndoles administrar el riesgo y la incertidumbre normativa, generar beneficios económicos y ampliarse en un mercado competitivo (en entornos urbanos), aunque existe regulación ante abusos (contextos rurales).

Su desempeño y la creación de valor se evalúan mediante los indicadores de calidad normativos del sector¹⁵, particularmente la satisfacción del usuario. Esta perspectiva de satisfacción genera inconvenientes de interpretación y variadas posiciones debido a que la mayoría de asegurados (responsables de evaluar) no tiene un concepto estructurado de lo evaluativo, existe disparidad entre la calidad del servicio y los ingresos económicos de los asegurados (como cotizantes), hay polarización en las respuestas ([Martínez y García, 2012](#); [Cardona et al., 2012](#)) y solo es efectivo en afiliados con mayores niveles de estudio, mejor posición socioeconómica y del área urbana, lo que muestra los sesgos ([Delgado, 2013](#)).

Una alternativa es el valor percibido por el consumidor -VPC- ([Baby, Londoño y Restrepo, 2010](#)), en la cual se ‘califican’ los atributos intrínsecos (educación, trato y cortesía del personal; agilidad, eficiencia y asertividad en el servicio; calidad o atención en el front office y back office) ([España y Jaimes, 2010](#); [Fontalvo, 2012](#)); esto implica alta subjetividad dado que la población no está preparada para ‘juzgar’ el servicio.

Otros inconvenientes que pueden tener los usuarios para evaluar son: poco mercadeo social desde los entes gubernamentales; un ambiente competitivo escaso; decisiones asimétricas al medir la calidad en los asegurados (que no genera incentivos para mejorar); relaciones poco duraderas y poca confianza en las alianzas estratégicas; reducción de gastos en salud (incluida la tecnología); aumento de costos de transacción; posiciones contrarias al ciclo de innovación; conjeturas respecto a reputación, honestidad e integralidad en la posventa y las garantías del servicio¹⁶. También el aumento en el margen de ganancia por afiliado y la relación indirecta entre calidad y participación en el mercado.

Para subsanar se puede plantear el cotejar los resultados financieros: indicadores de capital mínimo, patrimonio adecuado y margen de solvencia (que muestran respaldo financiero para atender a los usuarios) ([Ocampo, 2021](#)). También se propone

ver la atención al usuario, el acceso y atención multicanal a los servicios, la continuidad en tratamientos y la seguridad en la atención. Estos criterios permitieron que los organismos de control actuaran: 15 aseguradoras (33 total) con medida de vigilancia especial dados sus resultados financieros (agosto 2021) ([Ocampo, 2021](#)).

En suma, las principales salidas de las ASRC son la satisfacción de los usuarios y de la sociedad con la atención. Estas son generadas por su visión y procesos internos que las estabilizan ([Téllez, 2022d](#)), gracias a la comprensión del entorno (nivel macro) para ajustar su estrategia (nivel micro).

También se encuentra que las condiciones macroeconómicas (bajos salarios, precariedad laboral y alta informalidad) impactan directamente al SGSSS ([Martínez y García, 2012](#)). Esto parece ir en contravía del modelo neoliberal que sustenta al sistema colombiano (pues su eje son las contribuciones mediante nómina) y de los principios de universalidad y solidaridad que inspiraron la Ley 100/1993 (que fundamentan las políticas de toda ASRC).

4.3. Impulsores del Ethos de competitividad en salud y para las ASRC

Con base la estructura de la competitividad sistémica, mediante las fichas de análisis inicialmente se estructuraron aquellos aspectos encontrados en la literatura como incidentes en la competitividad organizacional en general, pero clasificándolos ahora en los niveles propuestos (micro, meso y macro) y estableciendo aquellos determinantes específicos para las AS.

De la revisión de literatura se fue estableciendo que los aspectos de su competitividad están alrededor de las tres dimensiones estructuradas, lo que dio origen a las tres categorías para la organización de la información sobre los aspectos competitivos claves para las EPS (organizacional, estrategia y resultados). Su balance está afectado por las acciones de los “rivales” y por la manera en que entienden, desarrollan y ajustan sus propias dimensiones.

Los resultados se fueron concretaron específicamente hacia las ASRC, es decir, aquellas financiadas con aportes económicos de los trabajadores al SGSSS colombiano, objeto de la investigación. Como las AS del régimen subsidiado tienen otras fuentes de financiación ([Urrego, 2022](#)) no se consideran semejantes, lo que no permite comparaciones entre los dos regímenes ni la extrapolación de resultados.

Los aspectos encontrados en la revisión de literatura se sistematizaron en la [Tabla 2 \(Ver Anexo A\)](#), que sirve de síntesis sobre aquellos determinantes del ethos de la competitividad para las ASRC y que, a la vez, constituye el marco de análisis interpretativo propuesto para el estudio, revisión e intervención de las EPS hacia adelante.

Se observa que el número de investigaciones y documentos sobre competitividad organizacional en ASRC es aún precaria. Esto hace parte de las limitaciones que se manifestaron en la metodología, tanto para la investigación misma como para el análisis y la reflexión, pues no generan información ni debate en torno al tema, aunque abre múltiples posibilidades para investigaciones futuras.

Por otra parte, es importante mostrar la pertinencia de estos resultados en función de la discusión del cambio del sistema sanitario que se está planteando en el país, aunque durante tres décadas este sistema ha venido mejorando los indicadores de bienestar poblacional. Esto muestra diversas interacciones entre los niveles macro, meso y micro; la más importante fue convertir la salud en un derecho (acceso oportuno y racional a los servicios, prestación de calidad y eficiencia en el manejo de recursos) y el establecer la libre elección del usuario entre diferentes EPS ([Galán, 2024](#)).

Ahora bien, esa articulación del derecho a la salud se podría lograr mediante la conjunción y ajuste de los diferentes componentes en las AS.

Respecto a la competitividad de las ASRC, en este artículo se han definido que su valor organizacional (no económico) reside en el goce y disfrute efectivo del bienestar gracias al acceso básico al sistema de salud ([Vesga, 2024](#)); esto puede equipararse con el acceso al agua potable, el saneamiento básico, la educación y la alimentación de la población.

Por otro lado, algunos organismos nacionales de salud han manifestado que las ASRC aportan a la generación de bienestar (como valor organizacional). A continuación se presenta un ejemplo de cómo los tres niveles de la competitividad se articulan ([Vesga, 2024](#)).

A nivel macro, la competitividad de las aseguradoras se entrevé en las decisiones políticas, tanto en la política pública general como en la que regula el sistema de salud; en la burocracia y la falta de transparencia, que afectan directamente el entorno de estas organizaciones. Esto sin dejar apartar aspectos como el envejecimiento de la población asegurada (siendo un desafío por el mayor gasto en la atención y el bajo recambio poblacional).

A nivel meso, lo anterior genera desafíos para las ASRC como la infraestructura, el talento humano, los niveles de violencia (particularmente regional) y las diferencias marcadas entre las regiones.

Finalmente, todo esto impacta a nivel micro en cuanto afecta indicadores sustantivos en su valor agregado (resolutividad y efectividad en el momento de atención -consultas médicas-, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, y dispensación de medicamentos).

5. Discusión

El análisis frente a la literatura existente se puede plantear también en torno a las tres categorías propuestas en la investigación: organizacional y estrategia (endógenos) y resultados (exógenos).

En cuanto lo intrínseco, existen estudios evaluando internamente las organizaciones sanitarias y su correlación con la competitividad en las ASRC. Desde la dimensión organizacional se observa que los recursos por UPC son un input fundamental para las ASRC, siendo la columna financiera del servicio de salud para: oportunidad en la consulta médica y celeridad para diagnósticos y vacunación ([Solórzano, 2021a; 2021c](#)). Adicionalmente se encuentran algunos autores que señalan aspectos referidos a la atención domiciliaria ([Acemi, 2021e; Gaviria, 2022](#)), a los programas de atención para afiliados con conductas de salud específicas ([Bernal, 2022; Vélez, 2021a](#)) y a la protección al talento humano sanitario ([Lorduy, 2021](#)).

En cuanto a la categoría resultados organizacionales -outputs- de las ASRC, particularmente los financieros, se encuentran algunas cifras positivas: ingresos percibidos, excedentes y participación en el mercado ([Solórzano, 2021b](#)), coincidentes positivamente con las subcategorías de beneficios económicos y no económicos.

Su antítesis se certificó en incumplimientos de indicadores financieros -acreditación de capital y patrimonio adecuado, reservas técnicas y régimen de inversión-, lo cual deriva en: liquidaciones y cierres definitivos ([Colprenta, 2021; Ocampo, 2021](#)); apertura de procesos de responsabilidad fiscal por el manejo irregular de los recursos del SGSSS ([Murcia, 2021; Ocampo, 2021](#)), salida de la actividad ([Pastrán, 2021](#)) y depuración de las aseguradoras ([Acosta, 2021b; Solórzano, 2022d](#)); traslado masivo de pacientes a otras aseguradoras y concentración de los ingresos por UPC en las EPS restantes ([Morales, 2021a](#)), generándoles mejores resultados e incentivando su competitividad.

En la investigación se evidencia la coincidencia de los resultados respecto al diseño de programas según el perfil epidemiológico del usuario -redes de cuidado, modelos de atención, programas diferenciados para los diversos beneficiarios asegurados (por condiciones de salud) y estrategias de riesgos y programas de tratamiento para enfermedades de alto costo ([Bernal, 2022; Gutiérrez, 2022a](#))-; también se generan beneficios económicos y de largo plazo por la disminución del riesgo de deterioro de salud, que reduce los gastos de atención y desenlaces fatales ([Acemi, 2021f](#)). Esto se da por la lectura y manejo del entorno y por el análisis de riesgos estratégicos y operativos ([Bromiley y Rau, 2016](#)) que permiten estrategias para gestionar el riesgo frente a la supervivencia y los resultados.

Sobre el nivel intrínseco se destaca la diversificación, específicamente entendida como un desarrollo interno derivado de la estrategia ([Parada y Planellas, 2007](#)); se considera positiva para desarrollo de modelos de atención virtual en salud, análisis de datos e inteligencia artificial, que permiten trazabilidad del usuario frente a sus necesidades de salud y homologación de modelos de atención ([Acemi, 2021e; 2021f](#)).

También la investigación coincide con el hecho de que el aspecto humano de las organizaciones sanitarias es clave pues se requieren equipos competentes, pertinentes, bien comunicados y de confianza ([Téllez, 2022b](#)), lo que aporta al mantenimiento y al fortalecimiento del sector salud ([Vélez, 2021a](#)), y a la generación de bienestar social ([Gutiérrez, 2022a; Solórzano, 2021a](#)).

En cuanto a la evaluación se observa, al igual que en [Jones \(2013\)](#), que los procesos principales que permiten evaluar la eficacia de la organización y de sus directivos para crear valor son: control (capacidad para atraer recursos y consumidores), el cual se evidenció en los resultados de las AS en el manejo de recursos financieros ([Bernal, 2022](#)) y en la asignación de nuevos afiliados ([Pinto, 2022](#)); innovación como capacidad para cambiar, adaptarse y mejorar su funcionamiento ([Solórzano, 2021b](#)); y eficiencia (visible en las instalaciones modernas de servicio) ([Solórzano, 2021d](#)) o en la introducción de técnicas e información basadas en internet para mejorar la productividad.

Así la dimensión de estrategia se desarrolla en las organizaciones de salud en aspectos como el desarrollo interno y la coordinación, lo cual termina manifestándose en programas de gestión de riesgos en salud ([Vélez, 2021b](#)) y en la práctica de la integración vertical como algo natural en ellas y no necesariamente una respuesta a las directrices impuestas a las ASRC ([Morales, 2021c](#)). No obstante, así como plantea [Téllez \(2021a\)](#), las estrategias atenúan los riesgos, pero no garantizan resultados.

Ya a nivel extrínseco, en las investigaciones encontradas el elemento más referenciado y más positivo son las políticas de salud estatales, que delimitan el alcance de las AS y establecen la ‘competencia regulada’, de forma que ellas les permite redistribución en la recepción de los recursos finitos que las impacta y transforma internamente. Estas sustentan la cobertura en salud mediante la red de prestación de servicios y su capacidad de generar valor y dar respuesta frente a las necesidades de los asegurados ([Acemi, 2021e](#)).

Empero, se encuentran reglas de gestión inadecuadas, baja calificación sobre las actuaciones de los organismos de inspección, vigilancia y control y muchos procesos judiciales (que invocan el derecho a la salud, pero contrarios a lo establecido en la póliza de seguros) ([Moreno, 2022](#)); esto afecta los factores competitivos asociados con la estructura organizacional, los procesos, la estrategia y los resultados.

Por otra parte, se encuentra que el trabajo articulado logrado a nivel regional es el resultante de la coordinación de múltiples actores: entes territoriales, Minsalud, las EPS y las IPS ([Solórzano, 2021d](#)), aunque la pandemia que se presentó entre los años 2020 y 2021 evidenció falencias que se pretenden corregir con el proyecto central que plantea unificar las aseguradoras en el sistema de salud, y crear un modelo de atención integral adaptada a los territorios. Con esto se observa claramente la influencia del entorno.

Se explicita también la relación positiva (transversal) entre las tres categorías de impulsores propuestas para el ethos de la competitividad en ASRC y con su ambiente organizacional, en función de la creación de valor:

1. La organizacional (coordinación y control) resulta importante en estas organizaciones, principalmente respecto al manejo de recursos de capital ([Morales, 2021a](#); [Solórzano, 2021c](#));
2. La estrategia, mecanismo transformador de inputs, resulta positiva en el sector, especialmente para la creación de modelos de gestión de la salud de afiliados ([Acuña y Cardona, 2017](#)). En ella las competencias claves (como la coordinación) se vinculan con la red de prestación de servicios ([Acemi, 2021c](#); [Gaviria, 2022](#)), las alianzas generadas ([Acemi, 2021a, 2021b](#)) y los desarrollos internos ([Arboleda, Arango y López, 2021](#); [Morales, 2021b](#)). Otro factor atado a procesos organizacionales es la integración vertical hacia adelante ([Solórzano, 2021d](#)), aprovechada mediante las competencias del talento humano (generadoras de valor organizacional);
3. Los resultados planteados para el sector son tanto económicos como no económicos ([Gutiérrez, 2021](#); [Morales, 2021d](#); [Ocampo, 2021](#));
4. El entorno se vincula con las actuaciones de las ASRC ([Acemi, 2021f](#)), principalmente en el cumplimiento de los indicadores de calidad de prestación de servicios, frente a los ingresos percibidos (UPC) y su posibilidad de seguir operando en el sector (regional o nacionalmente) ([Acosta, 2021b](#); [Colprensa, 2021](#)). Esto determina la competencia en el sistema ([Ocampo, 2021](#)) y su continuidad como institución ([Acosta, 2021a](#)).

Es claro que, con base en las limitaciones ya explicitadas en la metodología para esta investigación y que también están presentes para los estudios previos ya presentados en la literatura, se requiere avanzar hacia la consecución de información o evidencia empírica que permitan contrastar los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones y niveles de la competitividad para este tipo de organizaciones de salud; al respecto ya se ha avanzado en el desarrollo de estudios con este propósito en el contexto colombiano ([Szöcs y Sanabria, 2024](#)).

En términos prácticos se puede constatar que, los cambios que se han venido generando y las diversas propuestas que se han venido presentando, por ejemplo, en cuanto a los modelos existentes (como los innovative managed-care models), ya se han venido tomando y desarrollando en el país por parte de algunas aseguradoras analizadas ([Szőcs, 2018](#); [Vélez, 2021a](#); [2021b](#)) con lo cual se ha generado algún nivel de posicionamiento y reconocimiento en el mercado ([Acemi, 2021f](#)). Un ejemplo reciente es el de la EPS Sura que en la última recibió este galardón en nueve aspectos de la medición del ranking de EPS, entre los que se encuentran: calidad e impacto en la población, modelo de atención propio y atención a enfermedades de alto costo, entre otros ([Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2022](#)).

6. Conclusiones

Acorde con la información obtenida y analizada sobre las organizaciones como actores principales de la creación de valor en la sociedad, acá se aporta a las discusiones sobre los aspectos determinantes de la competitividad organizacional en general.

En este estudio se trabajó particularmente en el sector sanitario, enfocado en un actor ‘nuevo’ en el sector salud colombiano en el régimen contributivo (ASRC), usando tres categorías de impulsores: organizacional, estrategia y resultados. Se encontró evidencia positiva sobre las tres dimensiones de drivers de la competitividad como elementos decisivos.

En lo organizacional destaca la necesidad de trabajar sobre el desarrollo del talento humano, pues en este aspecto se materializan varios de los fundamentos de la competitividad, se crea valor y se da respuesta directa a las necesidades sociales, entre otros aspectos.

Respecto a la estrategia se encontró que ofrece direccionamiento para la gestión de la organización en su cotidianidad (aligerando la toma de decisiones), permite priorizar oportunidades e iniciativas, enfocarse y hacer un uso eficiente de los recursos limitados, alinearse con el propósito y objetivos (medibles, comunes y conocidos) y empoderar a sus miembros para actuar proactiva, flexible y creativamente.

Este aspecto se concreta específicamente en las organizaciones sanitarias en aspectos como el desarrollo interno y en competencias como la coordinación, lo cual termina concretándose en los programas de gestión de riesgos en salud. Dentro de este mismo aspecto se encuentran las prácticas relacionadas con la integración vertical estipuladas en la normatividad en salud, siendo esto un importante determinante de su competitividad y motivo de debate académico y político; se observa que son más una “costumbre mercantil” que una regla o legislación impuesta a las ASRC.

Es claro que los cambios constantes que afrontan las organizaciones hacen que la aproximación estratégica y la competitividad impliquen ajustes constantes. Esto se evidencia en el ajuste y transformación organizacional y estratégica que se ha hecho para responder a los enormes cambios que ha enfrentado el sector salud, incluidas las AS, que es la que ha permitido en varios casos alcanzar resultados positivos.

Por otra parte, la estrategia implica la gestión del riesgo en uno de los muchos determinantes que explican el potencial éxito y sostenibilidad de las organizaciones de salud, pero no constituye una garantía de resultados. Así, esta aproximación particular a los impulsores de la competitividad en ASRC requiere un estudio constante que permita revisar el fenómeno de la competitividad en las diversas entidades sanitarias a través del tiempo, específicamente en AS del régimen subsidiado. También se requiere añadir evidencia derivada de trabajos de campo que permitan validar los hallazgos obtenidos, o bien, refutarlos.


Desde una mirada estratégica: la ejecución de la estrategia inicial definida para las organizaciones de salud (especialmente ASRC), aunque flexible, tiene una incidencia directa sobre los resultados económicos positivos mantenidos en el tiempo, lo que retorna favorablemente sobre ellas. En este sentido, la visión estratégica da forma al futuro, genera conexión con los diversos stakeholders y cristaliza la visión organizacional.

Se encontró también que la estructura, estrategia y resultados económicos y de largo plazo sobresalen como impulsores de competitividad organizacional positivos e integrados (específicamente respecto a los hallados en esta investigación), incluso para las AS del régimen subsidiado en regiones apartadas del territorio.

Entonces, la competitividad se encuentra vinculada estrechamente con la generación de valor para los grupos de interés y la sociedad; esto se evidencia incluso desde la concepción etimológica, pues siendo un 'atributo' organizacional ella implica: ad (dirección a, proximidad) y tribuere (asignar, tributar).

Derivado de la investigación, se propone entonces profundizar en el análisis y aplicación de los modelos de gestión tipo innovative managed-care models para el sector salud pues ellos parecen generar resultados superiores, comparados con otros modelos de atención de salud, como los gubernamentales (government-focus payers) o los privados (commercial-focus payers), sobre todo frente a los cambios recientes del entorno. Los primeros crean determinantes de valor para los actores que: mejoran la experiencia de servicio del afiliado (acceso a los servicios mediante omni-canal/multicanal); entregan mejores resultados y satisfacción vs. otros modelos (tamizajes, vacunación, manejo de enfermedades crónicas, adherencia a tratamientos); reducen los costos totales a largo plazo (al disminuir complicaciones y enfermedades futuras); y diversifican para obtener resultados sostenibles y duraderos.

Con base en los modelos planteados se ha visto una aparente mejora en algunas de las aseguradoras en salud (concretamente algunas ASRC) y esto viene favoreciendo su nivel de posicionamiento.

Como parte de estos modelos también se recomienda que las aseguradoras en salud se enfoquen en la población sobre la cual se desea generar impacto (criterio de calidad), generando sus propios modelos de gestión y atención para las enfermedades de alto costo. En esta dirección, ya existen al menos dieciséis programas relacionados que fueron calificados favorablemente en el pasado por su gestión (ranking de Minsalud) para resaltar aquellas ASRC que se destacan por estos aspectos. 

Notas

1. Asumida acá como competitividad organizacional, no como en economía o para las naciones.
2. Según [Buitrago \(2021a\)](#) las normas limitan la libre competencia, generan precios inequitativos y crean acuerdos interfirmas que someten al mercado (Ley 155/1959; Dec. 2153/1992, Art. 46 y Art. 47, Ley 100/1993, Art. 183 y 185; Dec. 780/2016; Ley 1340/2009). Durante la emergencia sanitaria se fomentaron y reglamentaron acuerdos de colaboración libre entre competidores (Res. 20490/2020) mientras se controlaba la integración empresarial que sí tuvieron autorizaciones de la SIC (Ley 1340/2009).
3. Intervenciones para prevenir, diagnosticar o tratar condiciones médicas, promover salud, proporcionar rehabilitación o disponer atención asociadas con pruebas, dispositivos, medicinas, vacunas, procedimientos, programas o sistemas.
4. Los costos de la mala salud disminuyen 5% la productividad por trabajador con condiciones de salud crónicas ([Remes et al., 2020](#)).
5. En esos casos, en los modelos innovative managed-care el margen esperado (EBITDA) resulta positivo mientras en los otros es negativo ([Clark et al., 2021](#)). Los primeros demuestran mayores retornos financieros, mejor experiencia de atención y mejores resultados clínicos y entre ellos están: facilitadores de experiencia al usuario -provider enabler-; organizadores múltiples del sistema -ecosystem converter-; y proveedores de atención principales -direct care provider- (presente en algunas aseguradoras en Colombia e integradas con su propia red de servicios). Los innovative managed-care models ([Clark et al., 2021](#)).
6. Minsalud reglamentó la ley sobre estas actividades y los parámetros para practicar la Telemedicina en el país (Res. 2654/2019).
7. Este estudio incluyó 517 participantes (médicos generales y especialistas) consultando: finanzas en salud, telemedicina, valor asociado al cuidado, lugar de atención y retorno al cuidado electivo -Brasil (122), Chile (90), Colombia (94), México (122) y Perú (90)-.
8. Prima de seguro para la aseguradora por organizar y garantizar el plan de beneficios (PB-UPC) para trasladar a la EPS el riesgo de salud de sus afiliados. Esta cubre los contenidos del plan ([Buitrago, 2021b](#)), se recibe a título de pago y como ingreso derivado de las actividades del aseguramiento. Incluye: acto médico (Ley 100/1993); costos de prestación del servicio (afiliación y registro de personas); promoción de afiliación (identificación y aseguramiento de población no afiliada a seguridad social); selección, organización y contratación de la red de prestadores de servicios mediante diferentes modalidades de contratación que racionalicen la demanda de los servicios (estudios de mercado y contratación bajo régimen privado); evaluación sistemática de calidad; auditorías de calidad; información sobre derechos y deberes; gastos y cubrimiento de riesgos (actividad médica, salarios y prestaciones bajo régimen privado, gastos administrativos, beneficios extralegales o pago de condenas contra las EPS's) ([Buitrago, 2021b](#)).
9. Estos aspectos lo desarrollan varios autores, en su orden ([Ramírez, 2011](#); [Yepes, 2013](#); [Gorbaneff, Torres y Contreras, 2005](#); [Jara, 2013](#) y [Morales, 2021c](#)); [Martínez y García, 2012](#); [Gorbaneff, Torres, Gómez y Cardona, 2005b](#); [Chernichovsky, Guerrero, y Martínez, 2012](#); [Suárez, Puerto, Rodríguez y Ramírez, 2017](#)).
10. Subsiste la desarticulación normativa, a pesar de las reformas legales realizadas. Esto viene desde los 80's y 90's con las reformas que llevaron a la descentralización: Primero la descentralización política (primera elección popular de alcaldes y gobernadores que significó la transferencia de mayores recursos a gobiernos locales) y la descentralización fiscal y administrativa (asignación de competencias legales y mecanismos institucionales para ejercer más funciones a aquellos mandatarios). Seguidamente, la descentralización del sector salud (Ley 10/1990), que se centró en hospitales públicos y asignó a los entes territoriales la obligación de prestar los

servicios). Posteriormente, la descentralización de la salud, la educación y el saneamiento -el Estado como prestador de servicios- (Ley 60/1993). Después, se cambia el diseño institucional del sistema de salud: designación de las funciones a empresas privadas (también transfiriendo a las AS la responsabilidad de asumir el riesgo financiero y organizar las redes de servicios de salud) (Ley 100/1993). Esto parece haber generado falta de institucionalidad y de coordinación entre actores, profundizada a nivel regional; el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 explicita la importancia de dicha coordinación y destaca la calidad de la prestación dada por las aseguradoras (Res. 1445/2006 de Minsalud) (López, 2019).

11. No existen reglas que obliguen a coordinar la prestación de los servicios entre actores (prestadores y AS y entes territoriales) (Guerrero et al., 2019).
12. Más del 90% de los municipios colombianos (1098 total) están categorizados en nivel 6 y 5 (Ley 617/2000), es decir, tienen menor población e ingresos corrientes de libre destinación anuales (Guerrero et al., 2019) generando así baja capacidad humana y poco capital económico en muchos municipios (1004).
13. La baja población y bajos ingresos corrientes del 90% de los municipios genera nula cobertura de aseguramiento en salud o una afiliación selectiva de municipios por parte de las EPS's, lo que dificulta a la población el encontrar servicios de salud y la obliga a desplazarse a otros municipios para recibir la atención
14. Estos aspectos lo desarrollan varios autores, en su orden (Merlano y Gorbanev, 2011 y 2013; Restrepo, Lopera y Rodríguez, 2007; Castaño, 2004; Chernichovsky et al., 2012; Rugman y D'Cruz, 2011).
15. Las EPS, en la afiliación, deben entregar la carta de su desempeño con los aspectos básicos de calidad (art. 5, Res. 229/2020); resultados de sus indicadores (Res. 0256/2016); los de su red de prestadores de servicios de salud (frente a la media nacional); nivel de posicionamiento en el ranking; situación de la EPS y de las IPS de su red frente al proceso de acreditación; comportamiento como pagadora de servicios; y sanciones impuestas por Supersalud en el último año (Minsalud, 2024).
16. Estos aspectos lo desarrollan varios autores, en su orden (España y Jaimes, 2010; Chernichovsky et al., 2012; Bardey, 2015; Gorbaneff, Torres y Contreras, 2006); Caballer y Barrachina, 2006; Orozco, 2017; Gorbaneff et al., 2006; Giacometti, 2013; Gorbaneff et al., 2006).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Referencias bibliográficas

1. A.A. Telemedicina, un reto para Colombia. En: Portafolio (Junio, 2020a). <https://www.portafolio.co/mas-contenido/telemedicina-un-reto-para-colombia-541711>
2. A.A. Colombia, protagonista del boom de las videoconsultas médicas. En: Portafolio (Octubre, 2020b). <https://www.portafolio.co/tendencias/colombia-protagonista-del-boom-de-las-videoconsultas-medicas-545709>
3. ACOSTA ARGOTE, Cristian. Lista la normativa que prevé una reforma a la salud con medidas como la depuración de EPS. En: La República (Marzo 17, 2021a). <https://www.asuntoslegales.com.co/actualidad/lista-la-normativa-que-preve-una-reforma-a-la-salud-con-medidas-como-la-depuracion-de-las-eps-3140453>
4. ACOSTA ARGOTE, Cristian. La Supersalud ha recibido 2.3 millones de reclamos en los últimos tres años. La República (Septiembre 03, 2021b). <https://cloud.olivesoftware.com/olive/apa/larepublica/default.aspx#panel=document>
5. ACUÑA MERCHÁN, Lizbeth; CARDONA MEDINA, Fabián. Generación de valor en el régimen contributivo a partir de los programas con enfoque de riesgo en las enfermedades crónicas. En: Conexión. 2017. vol. 6, no. 15, p. 18-22. https://issuu.com/acemi/docs/conexxion_15_-_web_resize
6. AIGINGER, Karl; BARENTHALER-SIEBER, Susanne; VOGEL, Johanna. Competitiveness under New Perspectives. In: WWWforEurope. 2017. No. 301, p. 1-63. https://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person_dokument/person_dokument.jart?publikationsid=47019&mime_type=application/pdf
7. ALI, Abbas J.; CAMP, Robert C. Evolution of the competitiveness concept in the context of nation and firm. En: Journal of competitiveness studies. 2019. vol. 27, no. 3/4, p. 164-173.
8. ALTENBURG, Tilman.; HILLEBRAND, Wolfgang; MEYER-STAMER, Jörg. Building Systemic Competitiveness Concept and Case Study from Mexico, Brazil, Paraguay, Korea and Thailand. Alemania: German Development Institute, 1998.
9. AMBASTHA, Ajitabh; MOMAYA, Kirankumar. Competitiveness of Firms: Review of Theory, Frameworks and Models. In: Singapore Management Review. 2004. vol. 26, no. 1, p. 46-57. https://papers.ssrn.com/sol3/Delivery.cfm/SSRN_ID2146487_code1896571.pdf?abstractid=2146487&mirid=1
10. ANSOFF, Harry Ígor; A model for diversification. In: Management Science. 1958. vol. 4, no. 4, p. 392-413. <https://www.jstor.org/stable/2627461>
11. ANSOFF, Harry Ígor; MCDONELL, Edward. La dirección estratégica en la práctica empresarial (2 edición). Naucalpan de Juárez, México: Addison Wesley Iberoamericana S.A., 1997.
12. ARBOLEDA ARANGO, Liliana M.; ARANGO LOPERA, Victoria Eugenia; LÓPEZ NIETO, Mary Luz. Aprendizajes en la atención de las personas adultas mayores. En: Revista Conexión. 2021. vol. 9, no. 24, p. 106-115. <https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/revista-conexxion-24.pdf>
13. ARIAS RAMÍREZ, Jaime; PAREDES CUBILLOS, Nelcy; SANTOS, Ana Cecilia; DUARTE, Jorge. Dos décadas del Sistema de Seguridad Social en Salud: Desarrollo, crisis y soluciones. Bogotá: Digiprint Editores E. U., 2012.
14. ACEMI -Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral-. Se suma un aliado en la lucha contra el cáncer. En: Revista Conexión. 2021a. vol. 9, no. 24, p. 4-6. <https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/revista-conexxion-24.pdf>
15. ACEMI. Alianzas que dan vida al arte de cuidar. En: Revista Conexión. 2021b. vol. 9, no. 24, p. 11-14. <https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/revista-conexxion-24.pdf>

16. ACEMI. El esfuerzo colectivo y la articulación en red, pilares clave para afrontar la pandemia. En: Revista Conexión. 2021c. vol. 9, no. 24, p. 15-17. <https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/revista-conexion-24.pdf>
17. ACEMI. La junta directiva de acemi frente al proyecto de ley de reforma a la salud 2020. En: Revista Conexión. 2021d. vol. 9, no. 24, p. 79-82. <https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/revista-conexion-24.pdf>
18. ACEMI. Entrevista a Pablo Fernando Otero Ramón, Gerente de Eps Sura. En: Revista Conexión. 2021e. vol. 10, no. 25, p. 4-8. <https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/REVISTA-CONEXION-251.pdf>
19. ACEMI. EPS sura: nos inspira la salud como capacidad y la observación del entorno. En: Revista Conexión. 2021f. vol. 9, no. 26, p. 19-24. https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/CONEXION_26_NOV_29.pdf
20. BABY MORENO, Jaime; LONDOÑO, Juan Gonzalo; RESTREPO, Sandra Lorena. Valor percibido por el cliente de las empresas promotoras de salud como herramienta para el análisis competitivo. En: OIKOS. 2010. vol. 14, no. 30, p. 25-48. <https://repository.eafit.edu.co/server/api/core/bitstreams/82a511ee-570b-4225-9d30-c125c61913ff/content>
21. BARDEY, David. Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. En: Monitor Estratégico. 2015. no. 7, p. 4-7. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/pago-por-desempeno-sistema-salud.pdf>
22. BARRIOS HERNÁNDEZ, Dursun; OLIVERA ÁNGEL, Martha. Análisis de la competitividad del sector lechero: caso aplicado al norte de Antioquia, Colombia. En: Innovar. 2013. vol. 23, no. 48, p. 33-41. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/73628/40487-182099-1-PB.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
23. BECERRA ELEJALDE, Laura Lucía. Agendamiento y logística, los retos del plan de vacunación. En: Portafolio (Enero, 2021). <https://www.portafolio.co/economia/agendamiento-y-logistica-los-retos-del-plan-de-vacunacion-548009>
24. BERELSON, Bernard. Análisis de contenido. Ciudad de México: Antología UNAM, 1969.
25. BERMÚDEZ VIZCAÍNO, Luvier Augusto; SÁNCHEZ TORRES, Germán; GONZÁLEZ ZABALA, Mayda Patricia. Análisis de los procesos de evaluación de la e-salud. En: Ingeniare. 2015. No. 19, p. 59-79. <https://revistas.unilivre.edu.co/index.php/ingeniare/article/view/525/408>
26. BERNAL MARÍN, Iván. Conozca cuáles son las mejores EPS e IPS según su manejo de las enfermedades caras. En: La República (Mayo 5, 2022). <https://www.larepublica.co/empresas/conozca-cuales-son-las-mejores-eps-e-ips-segun-su-manejo-de-las-enfermedades-caras-3357141>
27. BONALES VALENCIA, Joel; PEDRAZA RENDÓN, Óscar Hugo; ARROYO MARTÍNEZ, Jaime Apolinar; VALENZO JIMÉNEZ, Marco Alberto. Cadena de Valor: Competitividad Internacional de las Empresas Exportadoras Mexicanas. México: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2013.
28. BROMILEY, Phillip; RAU, Devaki. A better way of managing major risks. En: Harvard Business Review. 2016. No. 28, p. 15-22. <https://hbsp.harvard.edu/product/IIR154-PDF-ENG>
29. BRUNVERGARA, Marcela. ¿Se llegó la hora de actualizar el sistema operativo del sistema?. En: Revista Conexión. 2021i. vol. 9, no. 24, p. 72-78. <https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/revista-conexion-24.pdf>
30. BUITRAGO, Juan Diego. Instrucciones de la superintendencia de industria y comercio sobre acuerdos de colaboración entre competidores en épocas de Covid-19. En: Revista Conexión. 2021a. vol. 9, no. 24, p. 36-42. <https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/revista-conexion-24.pdf>
31. BUITRAGO, Juan Diego. La unidad de pago por capitación (UPC) en diálogo con el verdadero derecho. En: Revista Conexión. 2021b. vol. 9, no. 26, p. 66-74. https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/CONEXION_26_NOV_29.pdf
32. CABALLER TARAZONA, María; BARRACHINA MARTÍNEZ, Isabel. Evaluación de los sistemas de salud: estudio multivariante del logro en salud en los países europeos. En: Gerencia y Políticas de Salud. 2006. vol. 5, no. 11, p. 56-69. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2734/2007>
33. CARDONA URIBE, José Fernando; CONTRERAS CABALLERO, Nelson G.; CORTÉS MARTÍNEZ, Ariel Emilio; GORBANEV, Yuri; TORRES VALDIVIESO, Sergio; YEPES LUJÁN, Francisco José. Pago por desempeño en el sistema de salud colombiano. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2012. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/41601>
34. CASKEY, Kevin R. Competitive strategies for small manufacturers in high labor cost countries. In: Competitiveness Review. 2013. vol. 25, no. 1, p. 25-49. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/CR-07-2013-0067/full.pdf?title=competitive-strategies-for-small-manufacturers-in-high-labor-cost-countries-boutique-ski-manufacturers-in-the-us>
35. CASTAÑO YEPES, Ramón Abel. Integración vertical entre empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud. En: Gerencia y Políticas de Salud. 2004. vol. 3, no. 6, p. 35-51. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2783/2049>
36. CENTRO DE ESTUDIOS EN PROTECCIÓN SOCIAL Y ECONOMÍA DE LA SALUD -PROESA-. Trazabilidad en el flujo de recursos del sistema de salud. En: Políticas en Breve. 2020. No. 07, p. 1-5.
37. CERDA U., Arcadio; GARCÍA P., Leidy; AGUILERA P., Carolina; VILLAGRÁN R., Loreto. Determinantes de las Exportaciones de Uva de Mesa Chilena, 1984-2004. En: Panorama socioeconómico. 2011. No. 42, p. 62-73. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39922246004>
38. CETINDAMAR, Dilek; KILITCIOGLU, Hakan. Measuring the competitiveness of a firm for an award system. Competitiveness Review: An International Business Journal incorporating. In: Journal of Global Competitiveness. 2013. vol. 23, no. 1, p. 7-22. <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/10595421311296597/full.pdf?title=measuring-the-competitiveness-of-a-firm-for-an-award-system>
39. CHANDLER, Alfred D. Corporate strategy and structure: Some current considerations. In: Society. 1998. vol. 35, no. 2, p. 347-350. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02838161>
40. CLARK, Emily; ROST, Jennifer; STOLYAROVA, Anna. Innovation and value: what payer-led managed-care models may look like. In: McKinsey & Company. December, 2021. p. 1-9. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/innovation-and-value-what-payer-led-managed-care-models-may-look-like>
41. COLLIS, David J.; RUKSTAD, Michael. ¿Puede usted decir cuál es su estrategia? In: Harvard Business Review América Latina. 2008. p. 2-8.
42. COLPRENSA. Las 17 EPS en riesgo de ser liquidadas en 2022 por incumplir indicadores financieros. En: La República (Diciembre 29, 2021). <https://www.larepublica.co/economia/las-17-eps-en-riesgo-de-ser-liquidadas-en-2022-por-incumplir-indicadores-financieros-3282257>
43. CONSEJO PRIVADO DE COMPETITIVIDAD. Informe Nacional de Competitividad 2017-2018. Bogotá: Zetta Comunicadores, 2017.
44. CONSEJO PRIVADO DE COMPETITIVIDAD. Informe Nacional de Competitividad 2021-2022. Bogotá: Puntoaparte Editores, 2021.
45. CHANGO GALARZA, Mariela Cristina. El cambio organizacional ¿una estrategia frente a la globalización? En: Publicando. 2018. vol. 5, no. 15-2, p. 1237-1270. https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/1446/pdf_1058

46. CHAUDHURI, Shekhar; RAY, Sougata. The Competitiveness Conundrum: Literature Review and Reflections. In: Economic and Political Weekly. 1997. vol. 32, no. 48, p. M83-M91. https://www.jstor.org/stable/pdf/4406121.pdf?refreqid=excelsior%3Adcaedfb63cc855cdb038a4a29156a820&ab_segments=&origin=
47. CHERNICHOVSKY, Dov; GUERRERO, Ramiro; MARTÍNEZ, Gabriel La sinfonía incompleta: La reforma al Sistema de Salud de Colombia. En: PROESA Documento de trabajo. 2012. p. 1-59. https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/81392/1/guerrero_resforma_salud_2012.pdf
48. CHIAVENATO, Idalberto. Comportamiento organizacional (3a. ed.). México: McGraw-Hill Interamericana, 2017.
49. CHILD, Felipe; GARCÍA, Roberto; MEDFORF-DAVIS, Laura; ROARK, Robin; TORRES, Jorge. How latin american physicians view the future of healthcare. In: McKinsey & Company. 2022. p. 1-7. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-latin-american-physicians-view-the-future-of-healthcare>
50. DELGADO GALLEGÓ, María Eugenia. Evolución del conocimiento del sistema de salud, derechos en salud, de la política de participación y de las experiencias de participación de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia: una comparación entre 2000 y 2010. Tesis Doctorado en Salud Pública y Metodología de la Investigación Biomédica. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona. 2013. 224 p. <https://www.tdx.cat/handle/10803/125907#page=1>
51. DESS, Gregory G; LUMPINK, G. Tom; EISNER, Alan B. Administración estratégica. México: McGraw-Hill Interamericana, 2011.
52. DÍAZ SÁNCHEZ, Hugo Ernesto Conceptualización y antecedentes teóricos de la competitividad internacional y regional: un asunto territorial. En: Suma de Negocios. 2010. vol. 1, no. 2, p. 91-104. <http://www.scielo.org.co/pdf/sdn/v1n2/2027-5692-sdn-1-02-91.pdf>
53. DRUCKER, Peter Ferdinand. Management: tasks, responsibilities, practices. New York, NY, United States of America: Harper & Row, Publishers, Inc., 1973.
54. ESPAÑA ESPINOZA, David Augusto; JAIMES, Carlos Alberto. Criterios o elementos determinantes de la libre escogencia de EPS e IPS en Bogotá D.C. por parte de los usuarios del régimen contributivo. En: Gerencia y Políticas de Salud. 2010. vol. 9, no. 19, p. 179-215. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v9n19/v9n19a12.pdf>
55. ESSER, Klaus; HILLEBRAND, Wolfgang; MESSNER, Dirk; MEYER-STAMER, Jörk. Competitividad Sistémica. Berlín: Instituto Alemán de Desarrollo, 1994.
56. FIGUEROA, Luis Mauricio. Telehealth in Colombia, challenges associated with COVID-19. En: Biomédica. 2020. vol. 40(Supl.2), p. 77-9. <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v40s2/2590-7379-bio-40-s2-77.pdf>
57. FILIPOVA, Milena; YULEVA-CHUCHULAYNA, Radostina. Innovative management as competitiveness factor. In: Entrepreneurship. 2018. vol. 6, no. 2, p. 215-228. <https://ep.swu.bg/images/pdf/articles/2018/INNOVATIVE%20MANAGEMENT%20AS%20COMPETITIVENESS.pdf>
58. FONDO COLOMBIANO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO. Ranking de las EPS con los mejores resultados en la gestión del riesgo de las personas con enfermedades de alto costo 2022, Bogotá: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Cuenta de Alto Costo (CAC), 2022.
59. FONTAGNÉ, Lionel; SANTONI, Gianluca Theoretical and policy aspects of competitiveness at different aggregation levels. In: Mapcompete mapping european competitiveness. 2014. vol. 5, p. 4-47.
60. FONTALVO HERRERA, Tomás José. Evaluación de la Productividad de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS) del Régimen Subsidiado en Colombia, por Medio del Análisis Discriminante. En: Hacia la Promoción de la Salud. 2012. vol. 17, no. 2, p. 60-78. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a05.pdf>
61. FUENTES MEDINA, Lilibeth. Aproximación a los factores determinantes de la competitividad de la empresa de distribución comercial. Tesis Doctoral Humanidades y Ciencias Sociales. España. Universidad de la Laguna, Provincia de Santa Cruz de Tenerife. 2006. 673 p. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9830/cs233.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
62. GALÁN SARMIENTO, Augusto. ¿Hablamos de reforma y poco cambia?. En: Revista Conexión. 2021. Vol. 9, no. 24, p. 65-71. <https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/revista-conexxion-24.pdf>
63. GALÁN SARMIENTO, Augusto. Reforma a la salud: Tres cosas que no podemos perder. En: Conexxion. 2024. no. 28, p. 12-14. https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2024/04/CONEXXION-ED-28_OK-4.pdf
64. GARCÍA CARVAJAL, Santiago; SANABRIA RANGEL, Pedro Emilio; OSPINA VELASCO, Daniel Antonio. Balanced Scorecard for Entrepreneurial Strategic Marketing in Colombia. In: Global Journal of Business Research. 2013. vol. 7, no. 4, p. 47-59. https://papers.ssrn.com/sol3/Delivery.cfm/SSRN_ID2239212_code1332876.pdf?abstractid=2239212&mirid=1
65. GARELLI, Stéphane. Competitiveness of nations: the fundamentals. IMD world competitiveness yearbook, 2006.
66. GAVIRIA GONZÁLEZ, Natalia. Por la pandemia de covid-19, los servicios de las EPS resultaron mejor calificados. En: La República (Febrero 28, 2022). Año 66, Número 22.001, p. 4. <https://www.larepublica.co/economia/por-la-pandemia-de-covid-19-los-servicios-de-las-eps-resultaron-mejor-calificados-3311765>
67. GIACOMETTI-ROJAS, Luis Fernando. Innovación tecnológica y desarrollo de ventaja competitiva en la atención a la salud: enfoque conceptual y metodológico. En: Gerencia y Políticas de Salud. 2013. vol. 12, no. 25, p. 66-82. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n25/v12n25a06.pdf>
68. GÓMEZ RAMÍREZ, Diana Marcela; GUERRA MORALES, Arabelly. Estrategias competitivas para el desarrollo del aprendizaje organizacional, desde la perspectiva de los recursos y las capacidades. En: BELTRÁN DUQUE, Alejandro; RODRÍGUEZ OREJUELA, Augusto; RESTREPO RIVILLAS, Carlos Alberto. Memorias Encuentro Internacional de Investigadores en Administración 2012. Bogotá: Universidad Externado de Colombia-Universidad del Valle, 2012.
69. GORBANEFF, Yury; TORRES, Sergio; CONTRERAS, Nelson. En búsqueda de la eficiencia. En: Gerencia y Políticas de Salud. 2005a. vol. 4, no. 8, p. 165-185. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2766/2036>
70. GORBANEFF, Yury; TORRES, Sergio; GÓMEZ, Conrado; CARDONA, José Fernando; CONTRERAS, Nelson. Flujo de recursos en el Sistema de salud. En: Gerencia y Políticas de Salud. 2005b. vol. 4, no. 9, p. 100-117. <https://www.redalyc.org/pdf/545/54540905.pdf>
71. GORBANEFF, Yury; TORRES, Sergio; CONTRERAS, Nelson. Alianza sin confianza. Lecciones de la cadena de salud en Colombia. En: Gerencia y Políticas de Salud. 2006. vol. 5, no. 10, p. 132-146. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2745/2018>
72. GRACIA HERNÁNDEZ, Maximiliano. La competitividad sistémica: elemento fundamental de desarrollo regional y local. En: Ciencia y Mar. 2006. vol. 10, no. 29, p. 39-46.
73. GRANT, Maria; BOOTH, Andrew. A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. In: Health Info Libr J. 2009. vol. 26, no. 2, p. 91-108. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>

74. GREENWALD, Howard P. *Organizations: Management without control*. Thousand Oaks, California: United States of America: Sage Publications, Inc, 2008.
75. GUERRERO, Ramiro; SOTO, Victoria E.; PRADA, Sergio I. La doble descentralización en el sector salud: retos contemporáneos. En: *Revista Conexión*. 2019. vol. 8, no. 20, p. 63-65. <https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/revista-conexion-20.pdf>
76. GUTIÉRREZ NÚÑEZ, Allison. Comparta Eps y Essa, las empresas que más registraron ventas en Santander [Separata especial]. En: *La República* (Junio 21, 2021). Año 66, Número 21.808. <https://www.larepublica.co/especiales/las-1-000-empresas-mas-grandes-de-2020/las-empresas-de-santander-mas-grandes-y-que-mas-vendieron-en-2020-3187722>
77. GUTIÉRREZ NÚÑEZ, Allison. Estas son las mejores EPS de Colombia para gestionar enfermedades de alto costo. En: *La República* (Mayo 3, 2022a). <https://www.larepublica.co/empresas/estas-son-las-mejores-eps-de-colombia-para-gestionar-enfermedades-de-alto-costo-3355766#:~:text=Su-ra%20es%20la%20mejor%20EPS,en%20cinco%20categor%C3%ADas%20de%20enfermedades>
78. GUTIÉRREZ NÚÑEZ, Allison. Estas son las 20 EPS que iniciaron negociaciones con 44 clínicas y hospitales en Bogotá. En: *La República* (Mayo 10, 2022b). <https://www.larepublica.co/empresas/estas-son-las-20-eps-que-iniciaron-negociaciones-con-44-clinicas-y-hospitales-de-bogota-3360521>
79. DE GRAUWE, Paul; POLAN, Magdalena. *Globalization and Social Spending*. CESIFO Working paper. 2003. no. 885, p. 2-24. https://www.econstor.eu/bitstream/10419/76414/1/cesifo_wp885.pdf
80. HAMEL, Gary; PRAHALAD, Coimbatore Krishnaro. Competing for the future. In: *Harvard Business Review*. 1994. p. 1-9. <https://hbr.org/1994/07/competing-for-the-future>
81. HATEGAN, D. B. Anca. Literature review of the evolution of competitiveness concept. In: *The Journal of the Faculty of Economics of University of Oradea*. 2012. vol. 1, no. 1, p. 41-46. <http://anale.steconomieuoradea.ro/volume/2012/n1/004.pdf>
82. HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; FERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, Pilar. *Metodología de la investigación* (6 Ed). México: McGraw Hill, 2014.
83. HITT, Michael A.; IRELAND R. Duane; HOSKISSON, Robert E. *Administración Estratégica*. México: Cengage Learning Editores. 2015.
84. INTERNATIONAL INSTITUTE FOR MANAGEMENT DEVELOPMENT -IMD-. Country profile Colombia World Competitiveness Ranking 2017, 2017. <https://www.imd.org/globalassets/wcc/docs/wco/pdfs/countries-landing-page/co.pdf>
85. ISO. ISO 9000:2000. *Sistemas de gestión de la calidad - Conceptos y vocabulario*. Suiza: International Standard Organization – ISO, 2000.
86. JARA-NAVARRO, María Inés. Los muertos de la ley 100. En: *Gerencia y Políticas de Salud*. 2013. vol. 12, no. 25, p. 149-152. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n25/v12n25a11.pdf>
87. JONES, Gareth R. *Teoría organizacional, diseño y cambio en las organizaciones* [7 ed]. México D.F.: Pearson Education, 2013.
88. KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. Using the balance scorecard as a strategic management system. In: *Harvard Business School*. 2007. p. 97-108.
89. KEMNITZ, Alexander. A simple Model of Health Insurance Competition. In: *German Economic Review*. 2012. vol. 14, no. 4, p. 432-448. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/48160/1/664125859.pdf>
90. KETELS, Christian H. M.; PORTER, Michael E. Rethinking the role of the EU in the enhancing European competitiveness. In: *Competitiveness review: an international business journal*. 2021. vol. 31, no. 2, p. 189-207.
91. KRUGMAN, Paul. Competitiveness: A Dangerous Obsession. In: *Foreign Affairs*. 1994. vol. 73, no. 2, p. 28-44. <https://www.proquest.com/doc-view/1290216631?sourcetype=Scholarly%20Journals>
92. LÓPEZ CASAS, Juan Gonzalo. El plan nacional de desarrollo y la calidad del aseguramiento. En: *Revista Conexión*. 2019. vol. 8, no. 20, p. 76-77. <https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/revista-conexion-20.pdf>
93. LORDUY, Johana. Siempre entendimos que la prioridad sobre todas las cosas era salvar vidas. *La República* (Febrero 25, 2021). Año 66, Número 21.716, p. 18-19. <https://www.larepublica.co/especiales/empresarios-del-ano-2020/siempre-entendimos-que-la-prioridad-sobre-todas-las-cosas-era-salvar-vidas-en-esta-pandemia-3131136>
94. MAČKIĆ, Vellbor; ŠKRABIĆ PERIĆ, Blanka; SORIČ, Petar. Systemic competitiveness of post-socialist and capitalist economies: a broader look at the competitiveness debate. In: *Post-communist economies*. 2014. vol. 26, no. 4, p. 477-497. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14631377.2014.964463?scroll=top&needAccess=true>
95. MANRIQUE-HERNÁNDEZ, Edgar F.; MORENO-MONTOYA, J.; HURTADO-ORTIZ, Alexandra; PRIETO-ALVARADO, Franklyn E.; IDROVO, Álvaro J. Desempeño del sistema de vigilancia colombiano durante la pandemia de COVID-19: evaluación rápida de los primeros 50 días. En: *Biomédica*. 2020. vol. 40(Supl.2), p. 96-103. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7676837/pdf/2590-7379-bio-40-s2-96.pdf>
96. MARIÑO NAVARRETE, Hernando. *Gerencia de procesos*. Bogotá: Alfaomega, 2001.
97. MARIÑO ARÉVALO, Andrés Alberto; FERNÁNDEZ VILLA, Diana Josefina. El mar: una opción de competitividad olvidada. En: *Innovar*. 2006. vol. 16, no. 27, p. 117-126. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/innovar/article/view/19269/20216>
98. MARTÍNEZ, Félix León; GARCÍA, Andrea Paola. Equidad en el financiamiento de la salud Financiación y asignación en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Editorial Scripto S.A.S., 2012.
99. MEDEIROS, Víctor; GONÇALVES GODOY, Lucas; CAMARGOS TEIXEIRA, Evandro. La competitividad y sus factores determinantes; un análisis sistémico para países en desarrollo. En: *Revista de la CEPAL*. 2019. vol. 129, p. 8-27. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/820532b5-0b65-4f87-9990-fe54b4a6e507/content>
100. MERLANO-PORRAS, Carlos Andrés; GORBANEV, Louri. ¿Por qué se limita la integración vertical en el sector salud en Colombia? En: *Gerencia y Políticas de Salud*. 2011. vol. 10, no. 20, p. 170-180. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v10n20/v10n20a12.pdf>
101. MERLANO-PORRAS, Carlos Andrés; GORBANEV, Louri. Sistema de Salud en Colombia: Revisión Sistemática de Literatura. En: *Gerencia y Políticas de Salud*. 2013. vol. 12, no. 24, p. 74-86. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a05.pdf>
102. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL -Minsalud-. Desempeño de las empresas promotoras de salud (EPS). 2024. <https://minalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/ranking-actores.aspx>
103. MIRANDA HAMBURGER, Francisco. El plan v [Editorial]. En: *Portafolio* (Enero 31, 2021). <https://www.portafolio.co/opinion/editorial/el-plan-v-editorial-francisco-miranda-548696>
104. MONTENEGRO-VELANDIA, Wilson; ÁLVAREZ-RODRÍGUEZ, Luisa F. Aproximación al concepto de competitividad organizacional. En: *Memorias*. 2011. vol. 9, no. 16, p. 39-51. <https://repositorio.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/357addbe-8a8e-47be-8975-d0125093e4f0/content>

105. MONTES, Sebastián. Repensando la medicina. En: Forbes. 2021. vol. 20, no. 63.
106. MORALES ARÉVALO, Natalia. Esperamos finalizar el año con más de ocho millones de afiliados en la Nueva Eps. En: La República (Julio 22, 2021a). Año 66, Número 21.833, p. 8. <https://www.larepublica.co/empresas/esperamos-finalizar-el-ano-2021-con-mas-de-ocho-millones-de-afiliados-a-nueva-eps-3204783>
107. MORALES, Gustavo. La pandemia creó nuevos paradigmas en los sistemas de salud y las aseguradoras se pueden beneficiar. En: Revista Conexión. 2021b. vol. 9, no. 24, p. 18-23. <https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/revista-conexion-24.pdf>
108. MORALES, Gustavo. El estado actual de la regulación sobre integración vertical en salud. En: Revista Conexión. 2021c. vol. 9, no. 24, p. 92-101. <https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/revista-conexion-24.pdf>
109. MORALES, Gustavo. El sistema de salud como motor de la prosperidad económica. En: Revista Conexión. 2021d. vol. 9, no. 24, p. 137-146. <https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/revista-conexion-24.pdf>
110. MORALES RUBIANO, María Eugenia; SANABRIA RANGEL, Pedro Emilio; PLATA PACHECO, Paola Andrea. Factores determinantes y tendencias de la transferencia de resultados de investigación universitaria al sector productivo. En: Criterio Libre. 2016. vol. 14, no. 25, p. 135-170. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/criteriolibre/article/view/1040/805>
111. MORENO MONTALVO, Gustavo. Servicios de salud. En: La República (Abril 02, 2022). Año 68, Número 22.029, p. 31. <https://www.larepublica.co/analisis/gustavo-moreno-montalvo-2565659/servicios-de-salud-3470108>
112. MÜLLER, Geraldo. El caleidoscopio de la competitividad. En: Revista de la CEPAL. 1995. No. 56, p. 137-148. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/11993/1/056137148_es.pdf
113. MURCIA, Juan Diego. Contraloría abrió proceso contra Medimás por irregularidades en manejo de \$234.000 millones. Asuntos Legales (Agosto 31, 2021). <https://www.asuntoslegales.com.co/actualidad/contraloria-abrio-proceso-contra-eps-medimas-por-irregularidades-en-manejo-de-234-000-millones-3225329>
114. NELSON, Gary L.; MARTIN, Karla L.; POWERS, Elizabeth. The secrets to successful strategy execution. In: Harvard Business School. 2008. p. 83-93.
115. OCAMPO CAMARGO, Rubén Darío. El problema de la salud no es el modelo, ni los recursos sino los sinvergüenzas. En: La República (Agosto 20, 2021). Año 66, Número 21.857, p. 4-5. <https://www.larepublica.co/economia/el-problema-de-la-salud-no-es-el-modelo-ni-los-recursos-sino-los-sinverguenzas-3219546>
116. OROZCO ARCILA, Steven. Ciudadanía y acceso a medicamentos en asociaciones de pacientes de la ciudad de Medellín. Entre la autonomía y la cooptación política. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia, 2017.
117. PARADA, Pedro; PLANELLAS, Marcel. ¿Qué es estrategia corporativa? In: Harvard Deusto Business Review. 2007. no. 153, p. 34-51.
118. PASTRÁN, Alejandro. La pandemia dejó 15 hospitales intervenidos en varios departamentos del país. En: La República (Agosto 2, 2021). Año 66, Número 21.842, p. 5. <https://www.larepublica.co/economia/la-pandemia-dejo-15-hospitales-intervenidos-en-toda-colombia-en-el-ultimo-ano-3209657>
119. PEMBERTHY GALLO, Luz Stella. Cauca y Nariño Frente al Desafío de las Regiones del Conocimiento: Estrategia de Innovación en el Marco del Relacionamento Universidad Empresa Estado. Popayán: Editorial Universidad del Cauca, 2012.
120. PENROSE, Edith. The theory of the growth of the firm. New York, United States: Oxford University Press, 2009.
121. PINTO DUITAMA, Karen. Hoy inició la recepción de 1,6 millones de usuarios de Coomeva por parte de 14 EPS. En: La República (Febrero 1, 2022). <https://www.larepublica.co/economia/hoy-inicio-la-recepcion-de-1-6-millones-de-usuarios-de-coomeva-por-parte-de-14-eps-3295432>
122. PORTER, Michael. Competitive advantage: creating and sustaining superior performance. New York, NY. United States of America: The Free Press, 1985.
123. PORTER, Michael. The competitive advantage of nations. In: Harvard Business Review. 1990. p. 74-91. <https://hbr.org/1990/03/the-competitive-advantage-of-nations>
124. PORTER, Michael. Ventaja competitiva: Creación y sostenimiento de un desempeño superior. Buenos Aires: Rei Argentina-Compañía Editorial Continental (CECSA), 1991.
125. PORTER, Michael. What is strategy?. In: Harvard Business Review. 1996. p. 4-21. <https://hbr.org/1996/11/what-is-strategy>
126. PORTER, Michael. The five competitive forces that shape strategy. In: Harvard Business Review. 2008. p. 79-93. <https://hbr.org/2008/01/the-five-competitive-forces-that-shape-strategy>
127. PORTER, Michael. On competition. Updated and Expanded Edition. Boston: Harvard Business School Publishing, 2008b.
128. PORTER, Michael; Teisberg, Elizabeth. Redefining Competition in Health Care. In: Harvard Business Review. 2004. p. 1-13. <https://hbr.org/2004/06/redefining-competition-in-health-care>
129. PRADA B., Luis M.. Márgenes de utilidades de la Entidades Promotoras de Salud en Colombia. En: Innovar. 2011. vol. 11, no. 18, p. 21-36. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/innovar/article/view/24401/25001>
130. RAMÍREZ MORENO, Jaime. La política sectorial de salud: excesos normativos y baja resolución de los problemas de salud. En: Gerencia y Políticas de Salud. 2011. vol. 10, no. 20, p. 5-11. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54522302001>
131. RASULOVA, U.; ROSHKA, M.; DONETS, A. Management competitiveness of enterprise: theoretical aspect. The advance. In: Science Journal. 2010. No. 2, p. 117-120.
132. REINERT, Erik S. El concepto "competitividad" y sus predecesores. En: Socialismo y participación. 1995. No. 72, vol. 21-40.
133. REMES, Jaana; LINZER, Katherine; SINGHAL, Shubham.; DEWHURST, Martin; DASH, Penelope; WOETZEL, Lola; SMIT, Sven; EVERS, Matthias; WILSON, Matt; RUTTER, Kristin-Anne; RAMDORAI, Aditi. Prioritizing health. a prescription for prosperity. McKinsey Global Institute, 2020. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/prioritizing-health-a-prescription-for-prosperity#>
134. RESTREPO, Jairo Humberto; LOPERA, John Fernando; RODRÍGUEZ, Sandra Milena. La integración vertical en el sistema de salud colombiano. En: Revista de Economía Institucional. 2007. vol. 9, no. 17, p. 279-308. <http://www.scielo.org.co/pdf/rei/v9n17/v9n17a11.pdf>
135. ROMERO-SUÁREZ, Diana; PERTUZ, Vanessa; OROZCO-ACOSTA, Erick. Factores determinantes de competitividad e integración organizacional: revisión. En: Información tecnológica. 2020. vol. 31, no. 5, p. 21-31. <https://www.scielo.cl/pdf/infotec/v31n5/0718-0764-infotec-31-05-21.pdf>

136. ROTHER, Edna. Revisión sistemática X Revisión narrativa. En: Escola Paulista de Enfermagem. 2007. vol. 20, no. 2, p. ix-x. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=pt&tlng=pt
137. ROZO BOLAÑOS, Sandra Inés. Con la covid-19, una nueva visión de la atención en salud. En: Revista Conexión. 2021. vol. 9, no. 24, p. 102-105. <https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/revista-conexion-24.pdf>
138. RUGMAN, Alan M.; D'CRUZ, Joseph R. Multinationals as flagship firms: regional business networks. Oxford Scholarship Online, 2011. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199258185.003.0001>
139. SALAS-VELASCO, Manuel. Competitiveness and production efficiency across OECD countries. In: Competitiveness review: an international business journal. 2019. vol. 29, no. 2, p. 160-180.
140. SANABRIA RANGEL, Pedro Emilio; MORALES RUBIANO, María Eugenia; MONTOYA RESTREPO, Iván Alonso. Vínculos entre estrategia e innovación en el ámbito de las organizaciones. En: MÉNDEZ MORALES, Alberto; DUQUE OROZCO, Yenni Viviana (Eds.). Diálogos sobre innovación (pp. 33-69). Bogotá: Editorial Neogranadina, 2023. <https://doi.org/https://doi.org/10.18359/9789585103481>
141. SANABRIA RANGEL, Pedro Emilio. Investigación en ciencias sociales y de gestión: Guía para el desarrollo de marcos metodológicos y procesos de investigación (Working Paper). Bogotá D.C.: Universidad Militar Nueva Granada, 2016.
142. SANABRIA RANGEL, Pedro Emilio; ROMERO CAMARGO, Victoria del Carmen; FLÓREZ LIZCANO, Carlos Iván. El concepto de calidad en las organizaciones: Una aproximación desde la complejidad. En: Universidad & Empresa. 2014. vol. 16, no. 27, p. 157-205. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/empresa/article/view/4204/3066>
143. SASSI, Claudio Araya; RODRIGO, Pablo; MORALES, Francisco. ¿Es Chile un mercado competitivo? Análisis de la persistencia de la rentabilidad aplicando un panel dinámico. En: Innovar. 2014, vol. 24, no. 51, p. 113-126. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/innovar/article/view/41536/43151>
144. SCANLON, Dennis Patrick; CHERNEW, Michael E.; SVAMINATHAN, Shailender; LEE, Woolton. Competition in Health Insurance Markets: Limitations of Current Measures for Policy Analysis. In: Medical Care Research and Review. 2006. vol. 63, no. 6, p. 375-555. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077558706293834>
145. SENGE, Peter. La quinta disciplina en la práctica: estrategias y herramientas para conseguir la organización abierta al aprendizaje. Buenos Aires: Gránica, 2006.
146. SIMIONESCU, Mihaela; PELINESCU, Elena; KHOURI, Samer; BILAN, Svitlana. The main drivers of competitiveness in the EU – 28 countries. In: Journal of competitiveness. 2021. vol. 13, no. 1, p. 129-145. <https://www.cjournal.cz/files/399.pdf>
147. SIUDEK, Tomasz; ZAWOJSKA, Aldona. Competitiveness in the economic concepts, theories and empirical research. In: Oeconomia. 2014. vol. 13, no. 1, p. 91-108. <https://bibliotekanauki.pl/articles/37482.pdf>
148. SOLÓRZANO CÁRDENAS, Sofía. Nueva Eps, Sánitas y Eps Sura, las que más afiliados han vacunado contra covid-19. En: La República (Junio 15, 2021a). Año 66, Número 21.803, p. 7. <https://www.larepublica.co/empresas/nueva-eps-sanitas-y-eps-sura-las-que-mas-afiliados-han-vacunado-contra-el-covid-19-3184192>
149. SOLÓRZANO CÁRDENAS, Sofía. Las compañías de salud fueron las protagonistas durante el año pasado [Separata especial]. En: La República (Junio 21, 2021b). Año 66, Número 21.808. <https://www.larepublica.co/especiales/las-1-000-empresas-mas-grandes-de-2020/las-empresas-de-salud-mas-grandes-y-que-mas-venden-en-2020-3187944>
150. SMITH, Adam. An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations, USA: Liberty Classics, 1981.
151. SOLÓRZANO CÁRDENAS, Sofía. Solo cinco EPS representan más del 36% del total de ingresos que registró el sector. En: La República (Julio 8, 2021c). Año 66, Número 21.822, p. 8. <https://www.larepublica.co/empresas/solo-cinco-eps-representan-mas-de-36-del-total-de-ingresos-que-registro-el-sector-3197547#:~:text=Para%202020%2C%20seg%C3%BA%20registr%C3%B3%20la,de%2036%25%20de%20ese%20total>
152. SOLÓRZANO CÁRDENAS, Sofía. Planeamos abrir unas 12 sedes de Compensar Salud durante los próximos dos años. En: La República (Noviembre 10, 2021d). Año 66, Número 21.925, p. 10. <https://www.larepublica.co/empresas/planeamos-abrir-unas-12-sedes-de-compensar-salud-durante-los-proximos-dos-anos-3259434#:~:text=El%20pr%C3%B3ximo%20a%C3%B1o%20esperamos%20abrir,a%C3%B1o%20que%20vamos%20a%20tener>
153. STEFAN, Simona Catalina; POPA, Ion; DOBRIN, Cosmin Octavian. Towards a Model of Sustainable Competitiveness of Health Organizations. In: Sustainability. 2016. vol. 8, no. 464, p. 2-15. <https://www.mdpi.com/2071-1050/8/5/464>
154. SUÁREZ-ROZO, Luisa Fernanda; PUERTO-GARCÍA, Stephanie; RODRÍGUEZ-MORENO, Lina María; RAMÍREZ-MORENO, Jaime. La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. En: Gerencia y Políticas de Salud. 2017. vol. 16, no. 32, p. 34-50. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n32/1657-7027-rgps-16-32-00034.pdf>
155. SUÑOL, Sandra. Aspectos teóricos de la competitividad. En: Ciencia y Sociedad. 2006. vol. 31, no. 2, p. 179-197. <https://www.redalyc.org/pdf/870/87031202.pdf>
156. SZŐCS MARTÍNEZ, Francisco José; SANABRIA RANGEL, Pedro Emilio. El M.E.D.E.S.E. y la competitividad organizacional: Estudio de caso de una EPS-RC. 2024. En proceso de publicación.
157. SZŐCS MARTÍNEZ, Francisco José. Aspectos competitivos de las EPS del régimen contributivo en Colombia. Estudio de caso de una EPS en Bogotá. Tesis Maestría en Gestión de Organizaciones. Bogotá D.C.: Universidad Militar Nueva Granada, 2018. 186 p.
158. TÉLLEZ, Carlos. Refrescando la estrategia. En: Portafolio (Julio 29, 2021a). <https://www.portafolio.co/opinion/carlos-tellez/refrescando-la-estrategia-554519>
159. TÉLLEZ, Carlos. Estrategia para qué. En: Portafolio (Enero 12, 2022a). <https://www.portafolio.co/opinion/carlos-tellez/estrategia-para-que-560469>
160. TÉLLEZ, Carlos. Retos estratégicos. En: Portafolio (Abril 20, 2022b). <https://www.portafolio.co/opinion/carlos-tellez/retos-estrategicos-carlos-tellez-564304>
161. TÉLLEZ, Carlos. Estrategias exitosas. En: Portafolio (Junio 01, 2022c). <https://www.portafolio.co/opinion/carlos-tellez/estrategias-exitosas-columnista-566307>
162. TÉLLEZ, Carlos. ¿Cómo crear una visión?. En: Portafolio (Mayo 4, 2022d). <https://www.portafolio.co/opinion/carlos-tellez/como-crear-una-vision-564982>
163. THOMPSON, Arthur A. Administración estratégica. México: McGraw-Hill Interamericana, 2015.

164. TORO DUPOUY, Luis La importancia de la estructura y el diseño organizacional como fuentes de competitividad. In: Harvard Deusto Business Review. 2017. no. 269, p. 8-20. <https://www.harvard-deusto.com/la-importancia-de-la-estructura-y-el-diseno-organizacional-como-fuentes-de-competitividad>
165. URREGO, Anderson. Los recursos no llegan por igual al régimen contributivo que al régimen subsidiado. En: La República (Marzo 24, 2022). <https://www.larepublica.co/empresas/usuarios-del-regimen-subsidiado-no-deberian-tener-barreras-para-atencion-del-cancer-3329111>
166. VEGA ROMERO, Román Rafael. Igualdad y diversidad. Un enfoque crítico de la justicia social en la salud. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2010. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/42488/9789587167191.pdf?sequence=6&isAllowed=n>
167. VÉLEZ ROBLEDO, Julián. Hacer las cosas bien sale más barato y la clave es el cuidado en el servicio. En: La República (Febrero 22, 2021a). <https://www.larepublica.co/especiales/empresarios-del-ano-2020/hacer-las-cosas-bien-sale-mas-barato-y-la-clave-es-poner-cuidado-en-el-servicio-3128926>
168. VÉLEZ ROBLEDO, Julián. EPS sura se anticipó al coronavirus e incorporó un modelo para salvar vidas [Separata especial]. En: La República (Febrero 22, 2021b). Año 66, Número 21.712. <https://www.larepublica.co/especiales/empresarios-del-ano-2020/eps-sura-se-anticipo-en-2020-al-coronavirus-e-incorporo-un-modelo-para-salvar-vidas-3128921>
169. VESGA, Ana María. Reforma a la salud. Un llamado a la sensatez. En: Conexxion. 2024. No. 28, p. 4-5. https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2024/04/CONEXXION-ED-28_OK-4.pdf
170. YEPES, Francisco J. ¿Por qué la crisis multisistémica de la salud? En: Gerencia y Políticas de Salud. 2013. vol. 12, no. 24, p. 5-7. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a01.pdf>
171. YUNXIAN, Chen; WENJING, Gu. Regional government competition. New York: Routledge, 2019.

Anexo A

Tabla 2.

Determinantes de competitividad organizacional aplicados a las ASRC (por niveles y dimensiones)

Niveles	Extrínsecos (exógenos)		Intrínsecos (endógenos)	Intrínsecos y extrínsecos
Dimensión	Factores macro	Factores meso	Factores micro	Factores específicos de competitividad en las ASRC
ORGANIZACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> Entorno general (cambios demográficos, socioculturales, políticos y tecnológicos globales). Políticas gubernamentales (inciden en la macroestructura organizacional). Utilidades económicas, eficiencia gubernamental, eficiencia en negocios e infraestructura. Condiciones básicas existentes que potencian la eficiencia; innovación y sofisticación. 	<ul style="list-style-type: none"> Posición geográfica. Capital humano. Estructura económica y mercado. Ingresos y precios locales. Tipos poblacionales y cambios en ellos. Métodos regionales particulares para innovar, dinámicos y heterogéneos. Proximidad entre organizaciones (modelos de geografía económica). Crecimiento regional y rol de instituciones locales. Costos de transacción elevados (por trámites jurídicos). Baja productividad económica. Magnitud de la pobreza. 	<p>Transformaciones ambientales que ajustan sistémicamente a las organizaciones (diseño, cultura y procesos; comportamiento grupal e individual).</p> <p>(a) crecimiento versus ciclo de vida organizacional y productos ofertados; (b) autonomía versus control externo; (c) rotación del personal directivo; (d) estructura financiera; (e) porcentaje de nuevos productos; (f) calidad del equipo gerencial; (g) orientación al mercado; (h) conflictividad y ausentismo; (i) posicionamiento; (j) actitud estratégica; (k) procesos de planificación; (l) adaptación al cambio; (m) I+D; (n) costo de capital; (o) innovación tecnológica.</p> <p>Relación positiva entre diseño organizacional y factores motivacionales humanos.</p>	<p>Estructura organizacional asociada a macroprocesos misionales: (a) promoción de afiliación; (b) mercadeo; (c) organización de servicios de salud (incluyendo administración de la red; análisis epidemiológico; promoción y prevención; autorizaciones y auditoría médica; y procesos operacionales); (d) registro de afiliación y novedades, recaudo y cartera; (e) prestaciones económicas; y (f) compensación y recobros.</p> <p>Su estructura permite responder al macroentorno y exigencias estatales, incluido lo financiero y la satisfacción de asegurados.</p>

Niveles		Extrínsecos (exógenos)		Intrínsecos (endógenos)	Intrínsecos y extrínsecos
Dimensión		Factores macro	Factores meso	Factores micro	Factores específicos de competitividad en las ASRC
ESTRATEGIA				Valor agregado (actividades únicas complementadas o reforzadas integralmente; intencionadas, sostenibles y variadas, que responden a necesidades o localización, o una mezcla).	
				Ventajas competitivas duraderas, inimitables y/o sostenibles, que respondan a los cambios de mercado.	
				Riesgos estratégicos del entorno como: barreras de entrada; barreras con proveedores; barreras con compradores; o sustitutos; o procesos organizacionales desplegados en estrategias superiores (enfocadas en diseño, producción o comercialización).	Manejo de riesgos estratégicos: económicos, cambios políticos, barreras de entrada.
		<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento económico nacional (organizaciones operando con valor agregado, fundamentado en los beneficios por servicios prestados por el Estado y la infraestructura). • Eficiencia exportadora (nacional u organizacional): estudio de precios y costos de producción, tasas de cambio e interés, poder de mercado. • Dimensiones no asociadas al precio: información sobre mercados, diseño de productos, empaque, control de calidad, atención a clientes, comercialización y distribución; aspectos que definen la estrategia. • Incentivo del estado a relaciones 'triple hélice'; prudente intervención en los mercados; normas rigurosas; fomento de consorcios; promoción de inversiones; nivel de regulación de la competencia; evitar políticas monopolísticas y restricciones comerciales; búsqueda de acceso a mercados. 	(a) Servicios complementarios, condiciones básicas del producto, infraestructura, promoción y publicidad, (b) formulación estratégica (misión; evaluación interna y externa; análisis y elección estratégicas); permiten la competitividad y enfrentar el ambiente dinámico. (a) Gestión del conocimiento (habilidad en la cultura que posibilita innovación y productividad), (b) conocimiento, ciencia, innovación y tecnología (que generan oportunidades de exportación y mayor intensidad tecnológica). Costos unitarios, nivel tecnológico, calidad, economías de escala.	Anticipación acerca del sector (tendencias tecnológicas, demográficas o normativas) para ampliar los límites de industria; diferenciación (producto o servicio); adaptabilidad al entorno (tecnología, información, globalización); flexibilización y diferenciación frente a necesidades; logro comercial y ventajas en costos o diferenciación.	Gestión de asimetrías de información sobre el asegurado; modelos de negociación con la red de prestadores, (habilitada, integrada y sistemáticamente evaluada); reducción de la incertidumbre operacional basada en la integración vertical; estímulo a la transparencia; evaluación de resultados en salud con indicadores de ejecución de programas (riesgo y satisfacción).
			Entorno y su infraestructura.	Valor y satisfacción superior a la competencia; posición de bajo costo, diferenciada y enfocada; gestionar el poder de negociación (de empresas organizadas en redes) para generar productividad y ganancias.	Manejo de riesgos financieros asociados a relaciones entre asegurador-prestador (con el Estado como financiador), presupuestos crecientes debidos a cambios demográficos y progreso médico (tecnología médica y e-salud).
			Planeación estratégica, gestión comercial, gestión de calidad, gestión logística e innovación (productos y procesos), talento humano, gestión financiera y políticas estatales de empleo.	Gestión de activos APP (Asset, Processes, Performance) como elemento sustantivo estructural.	
				Definición del horizonte organizacional, para anticiparse y enfrentar la incertidumbre del futuro (deliberadamente y no por azar), y de estrategias de valor multidimensional (no solo económico).	

Niveles	Extrínsecos (exógenos)		Intrínsecos (endógenos)	Intrínsecos y extrínsecos
Dimensión	Factores macro	Factores meso	Factores micro	Factores específicos de competitividad en las ASRC
R E S U L T A D O S	Económicos Corto plazo	<ul style="list-style-type: none"> Costos y calidad; tiempo de entrega; imagen de marca. Diferenciación de precios internos frente a los internacionales; participación en el comercio internacional; penetración de importaciones; productividad total de factores; y tasa nominal y efectiva de protección. 	<p>Alta productividad (competitividad) que permite abastecer el entorno, atraer inversión y aumentar salarios; usa el trabajo como factor de producción y se evalúa mediante el Índice de Volrath.</p> <p>Productividad organizacional (relación entre capitales, recursos, y gobierno), construyendo la competitividad (indicador a largo plazo de la primera). Implica tanto crecimiento productivo como bajos costos o productos diferenciados por precios premium.</p> <p>Vínculo entre crecimiento organizacional y regional, sectorial o nacional, frente al mundo, para generar rentabilidad.</p> <p>Debe evaluarse mediante el coeficiente de persistencia.</p>	<p>Satisfacción del asegurado.</p> <p>Valor percibido por el consumidor –VPC.</p> <p>Beneficios económicos en salud mediante el costo razonable como proporción del PIB, mortalidad y morbilidad (cerca de países desarrollados).</p>
	No económicos Largo plazo	<p>Generación de valor a la sociedad mediante interacción entre organizaciones.</p> <p>Satisfacción de necesidades a largo plazo (atada a la productividad derivada de instituciones, políticas y factores).</p> <p>Prosperidad nacional, vinculada con la equidad, sustentabilidad y valores sociales (democracia; derechos humanos; y participación social).</p>	<p>Prosperidad individual y aporte a los objetivos de los stakeholders a largo plazo.</p> <p>Estructura organizacional (materias primas, capital, personas, innovación y conocimiento); y procesos de conversión organizacional (competencias, maquinaria, equipos e infraestructura), generando valor para todos (modelo de procesos).</p>	<p>Resultados de la ASRC que generan mejor salud, sostenibilidad y menores costos. Una población saludable es también económicamente activa.</p> <p>Manejo de enfermedades de alto costo genera bienestar para asegurados, es decir, mejores resultados en la gestión del riesgo integral.</p> <p>Observatorios de salud para anticiparse y monitorear, decidir, aprender y responder al entorno (de siete tendencias de riesgo; la 3 enfoca la salud y desarrollo humano como potenciador de competitividad). En pandemia (Covid-19) se aprendió que la salud es una capacidad esencial para la competitividad, reactivación productiva, recuperación de empleo y bienestar.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en Factores macro-organizacionales: Dess, Lumpink y Eisner (2011), Porter (1990); IMD (2017); Consejo Privado de Competitividad (2017). Factores meso-organizacionales: Fontagné y Santori (2014); Garelli (2006); Pemberthy (2012). Factores micro-organizacionales: Chiavenato (2017); Fuentes (2006); Fontagné y Santori (2014). Aspectos organizacionales ajustados a ASRC: Arias et al. (2012). Factores macro-estratégicos: Hategan (2012); Müller (1995); Morales, Sanabria y Plata (2016); Porter (1990). Factores meso-estratégicos: Gómez y Guerra (2012); Barrios y Olivera (2013); Mariño y Fernández (2006). Factores micro-estratégicos: Ambastha y Momaya (2004) y Bonales, Pedraza, Arroyo y Valenzo (2013) y Chaudhuri y Ray (1997) y Garelli (2006) y Hategan (2012); y Porter (1996) y Thompson (2015); Gómez y Guerra (2012) y Dess et al., (2011); Hitt et al. (2015); Porter (2008); Fuentes (2006) y Porter y Teisberg (2004); Hamel y Prahalad (1994); Fonseca (2015) y Caskey (2013); Toro (2017); Müller (1995); Téllez (2022a; 2022c). Aspectos estratégicos ajustados a ASRC: Bromiley y Rau (2016); Vega (2010); Scanlon, Chernew, Swaminathan y Lee (2006); Kemnitz (2012); Acuña y Cardona (2017); Arias et al. (2012) y Prada (2011) y España y Jaimes (2010); Gorbaneff et al. (2005a); Bermúdez, Sánchez y González (2015). Factores macro-resultados (corto plazo): Chaudhuri y Ray (1997). Factores meso-resultados (corto plazo): Ambastha y Momaya (2004); Cetindamar y Kilitcioglu (2013); Reinert (1995); Cerda, García; Aguilera y Villagrán (2011). Factores micro-resultados (corto plazo): Aiginger et al. (2013); Fontagné y Santori (2014); Ambastha y Momaya (2004); Porter (1990); Hategan (2012); Müller (1995); Sassi, Rodrigo y Morales (2014). Aspectos de resultados (corto plazo) ajustados a ASRC: Baby et al. (2010); España y Jaimes (2010) y Fontalvo (2012); Moreno (2022). Factores macro-resultados (largo plazo): Garelli (2006). Factores meso-resultados (largo plazo): Aiginger et al. (2013) y Stefan, Popa y Dobrin (2016); Cetindamar y Kilitcioglu (2013); Díaz (2010); Hategan (2012); Müller (1995). Factores micro-resultados (largo plazo): Hategan (2012); Siudek y Zawojka (2014); Jones (2013). Aspectos de resultados (largo plazo) ajustados a ASRC: Smith (1981); Acuña y Cardona (2017); Bernal (2022) y Gutiérrez (2022a); Acemi (2021e; 2021f).